

**JORNADA DIAGNÓSTICA DO CÂNCER DO COLO UTERINO: COMPARAÇÃO
ENTRE OS SISTEMAS PÚBLICO E SUPLEMENTAR BRASILEIROS****CERVICAL CANCER DIAGNOSTIC JOURNEY: COMPARISON BETWEEN THE
BRAZILIAN PUBLIC AND SUPPLEMENTARY SYSTEMS****TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO:
COMPARACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS PÚBLICO Y SUPLEMENTARIO
BRASILEÑO**

Lívia Loamí Ruyz Jorge Paula¹, Mateus Frederico Paula², Levon Badiglian-Filho³

Como citar este artigo: Jornada diagnóstica do câncer do colo uterino: comparação entre os sistemas público e suplementar brasileiros. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2024 [acesso: __]; 13(3): e202447. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.6873>

RESUMO

Objetivo: Comparar a jornada diagnóstica até o acesso ao tratamento de mulheres com câncer do colo do útero que utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Saúde Suplementar (SSS). **Métodos:** Estudo comparativo e quantitativo realizado em dois centros oncológicos brasileiros com 391 mulheres >18 anos, com até 18 meses de tratamento. Dados demográficos, clínicos e da jornada foram analisados com estatística descritiva, teste Mann-Whitney e proposto modelos de regressão linear e logística. **Resultados:** A maioria das mulheres do SUS tinham baixa escolaridade e estadiamentos avançados ($p < 0,05$); maior tempo da jornada diagnóstica total ($p < 0,0001$), entre os primeiros sintomas até a biópsia ($p < 0,0001$) e entre a biópsia e a primeira consulta com o especialista ($p = 0,003$). **Conclusões:** As mulheres que utilizaram o SUS tiveram jornada diagnóstica mais longa até o acesso ao tratamento do que as que utilizaram o SSS, em todas as suas etapas, convergindo em maiores proporções de tumores com estadiamento avançado.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero, Diagnóstico, Saúde Pública, Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde, Detecção Precoce de Câncer.

¹ Enfermeira. Pós-Doutoranda em Economia em Saúde pela Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP-RP. Doutora em Oncologia pelo hospital A.C. Camargo Cancer Center. Mestre em ciências pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Especialista em Saúde da Família pela UNIARA. <https://orcid.org/0000-0003-2270-604X>

² Especialista. Farmacêutico. Coordenador de Projetos de Inovação. Hospital de Câncer de Barretos. Hospital de Câncer de Barretos. <https://orcid.org/0000-0003-1363-8962>

³ Doutor. Médico. Cirurgião no Departamento de Ginecologia Oncológica do A.C. Camargo Cancer Center. A.C. Camargo Cancer Center. <https://orcid.org/0000-0001-8741-166X>

ABSTRACT

Objective: Compare the diagnostic journey until access to treatment for women with cervical cancer who used the Unified Health System (SUS) and the Supplementary Health System (SSS). **Method:** Comparative and quantitative study carried out in two Brazilian cancer centers with 391 women >18 years old, with up to 18 months of treatment. Demographic, clinical and journey data were analyzed with descriptive statistics, Mann-Whitney test and proposed linear and logistic regression models. **Results:** The majority of women in the SUS had low education and advanced stages ($p < 0.05$); longer duration of the total diagnostic journey ($p < 0.0001$), between the first symptoms and the biopsy ($p < 0.0001$) and between the biopsy and the first consultation with the specialist ($p = 0.003$). **Conclusions:** Women who used the SUS had a longer diagnostic journey to access treatment than those who used the SSS, in all its stages, converging in higher proportions of tumors with advanced stage. **Descriptors:** Uterine Cervical Neoplasms, Diagnosis, Public Health, Early Detection of Cancer, Barriers to Access of Health Services.

RESUMEN

Objetivo: Comparar el recorrido diagnóstico hasta el acceso al tratamiento de mujeres con cáncer de cuello uterino que utilizaban el Sistema Único de Salud (SUS) y el Sistema Suplementario de Salud (SSS). **Método:** Estudio comparativo y cuantitativo realizado en dos centros oncológicos brasileños con 391 mujeres >18 años, con hasta 18 meses de tratamiento. Se analizaron datos demográficos, clínicos y de trayectoria con estadística descriptiva, Mann-Whitney y propuestas de modelos de regresión lineal y logística. **Resultados:** La mayoría de las mujeres del SUS tenían baja escolaridad y etapa avanzada ($p < 0,05$); mayor duración del recorrido diagnóstico total ($p < 0,0001$), entre los primeros síntomas y la biopsia ($p < 0,0001$) y entre la biopsia y la primera consulta con el especialista ($p = 0,003$). **Conclusiones:** Las mujeres que utilizaron el SUS tuvieron un recorrido diagnóstico más largo para acceder al tratamiento que aquellas que utilizaron el SSS, en todos sus estadios, convergiendo en mayor proporción de tumores con estadio avanzado. **Descriptor:** Neoplasias Del Cuello Uterino, Diagnóstico, Salud Pública, Detección Precoz De Cáncer, Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

O câncer cervical é o segundo tipo de neoplasia mais comum e a segunda causa de morte por câncer no mundo em mulheres, sendo que nove em cada dez mortes ocorrem em regiões menos desenvolvidas.¹ No Brasil, é o terceiro tipo de câncer mais frequente em mulheres, com 17.010 novos casos previstos para cada ano do triênio 2023-2025.²

Exames preventivos, como o Papanicolau, podem identificar facilmente alterações celulares causadas pelo HPV e grande parte desses casos tratados com

sucesso. Entretanto, a taxa de rastreamento para o câncer de colo uterino no Brasil ficou abaixo de 50% em 2019. Em 2020, quando iniciou a pandemia por COVID-19 no país, essa taxa caiu para menos de 30%.³

Atualmente, o sistema de saúde do Brasil é constituído pela rede pública (Sistema Único de Saúde – SUS), que atende cerca de 75,5% da população; e por serviços privados, pagos pelas seguradoras de saúde, sendo utilizado por cerca de um quarto dos brasileiros.⁴

Usuários nos serviços públicos de saúde têm relatado dificuldades para o diagnóstico precoce do câncer cervical, como acessibilidade geográfica, baixa resolutividade dos serviços, demora no diagnóstico e indisponibilidade de recursos materiais e humanos para o tratamento. Vergonha, medo da dor e falta de tempo também são barreiras relatadas por essas mulheres, levando a um possível diagnóstico de doença avançada.⁵⁻⁷

A demora no diagnóstico e tratamento do câncer é um problema observado nos sistemas de saúde em todo o mundo. Essa limitação de acesso ao tratamento oportuno e adequado está entre as condições que resultam em mau prognóstico e aumento da mortalidade.^{8,9}

Recentemente, estudos que investigam a jornada diagnóstica dessas mulheres têm sido realizados em diversos países, como Marrocos⁹, Zâmbia⁸ e Colômbia¹⁰, com resultados semelhantes: barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento, devido a fatores socioeconômicos, culturais, e condições estruturais do país. No Brasil, os estudos realizados focaram em descrever a jornada diagnóstica na saúde pública, mas há dados limitados sobre as diferenças na jornada diagnóstica realizada no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema de Saúde Suplementar (SSS).

Assim, o objetivo deste estudo foi comparar a jornada diagnóstica até o acesso

ao tratamento de mulheres com câncer do colo do útero que utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Saúde Suplementar (SSS). Nossa hipótese é que a jornada da mulher usuária do SUS é mais longa do que as usuárias do SSS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado em dois centros de tratamento oncológico do Estado de São Paulo, entre dezembro de 2016 e setembro de 2018. Incluiu-se mulheres com idade maior de 18 anos, diagnosticadas com câncer no colo uterino no SUS ou no SSS, com até 18 meses de tratamento. Excluíram-se aquelas que eram pacientes em cuidados paliativos ou que fizeram os exames de rastreamento do câncer em um dos locais de realização do estudo, por terem rastreamento organizado, com convocação e controle das pacientes no período de realização, não condizente com a realidade do SUS ou do SSS.

As pacientes elegíveis foram identificadas a partir do prontuário eletrônico dos Departamentos de Ginecologia Oncológica de ambas as Instituições. O processo de consentimento e a aplicação do questionário foram realizados através de ligação telefônica e a via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado por e-mail ou correios,

seguindo o proposto por Paula.¹⁰ Todo esse processo levava, em média, 25 minutos.

Foi elaborado um questionário de múltipla escolha pelos pesquisadores com variáveis para caracterização sociodemográfica das participantes (incluindo o sistema de saúde do atendimento, idade, escolaridade, ocupação, menarca, idade da primeira relação sexual e história de tabagismo) clínica (como tipo histológico e estadiamento do tumor, histórico de rastreamento do câncer do colo do útero) e do itinerário diagnóstico (data de realização de exames, biópsias e consultas). Foi considerado atraso para investigação diagnóstica quando o tempo entre os primeiros sintomas até a primeira consulta com um médico era maior ou igual a 90 dias¹³ e como atraso diagnóstico quando o tempo entre os primeiros sintomas e a primeira consulta com o ginecologista oncológico fosse maior ou igual a 135 dias.^{7,14}

Um estudo piloto foi realizado, em dezembro de 2016, envolvendo 36 mulheres usuárias do SUS e do SSS, a fim de se avaliar o comportamento do instrumento de coleta, observando-se a ordem e a compreensão das questões e termos neste momento. O tamanho da amostra, então, foi calculado com base na diferença entre o tempo do itinerário diagnóstico nesse piloto, a partir de significância de 5% e poder do teste de 80%. Considerando a quantidade de

mulheres atendidas em cada sistema de atendimento com este diagnóstico em ambas as instituições, a alocação desses pacientes foi feita em uma proporção de 2: 1 (duas pacientes no SUS para uma no SSS). Assim, a amostra foi composta por 264 pacientes do SUS e 132 do SSS.

Os dados coletados foram digitados no *Research Electronic Data Capture (REDCap)*.¹⁵ As variáveis contínuas foram relatadas com média, mediana e desvio padrão e o teste de Mann-Whitney foi usado para a análise entre os grupos. As variáveis categóricas foram apresentadas como contagens e / ou proporções (%) e comparadas pelo teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, conforme apropriado.

Foi proposto um Modelo de Regressão Logística para avaliar fatores associados ao risco de atraso do diagnóstico, considerando como desfecho o tempo total do itinerário diagnóstico, categorizado como atraso se o tempo foi maior ou igual a 135 dias. Propusemos, também, um Modelo de Regressão Linear, para avaliar o impacto de cada variável no tempo total do itinerário diagnóstico. As variáveis que apresentaram associação com um nível de significância de 20% na análise univariada foram incluídas nos modelos multivariados para investigar associações independentes com um nível de significância de 5%.

As estatísticas foram realizadas usando IBM SPSS *Statistics for Windows*,

versão 21.0. O nível de significância estatística foi considerado como $p < 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer de Barretos (1491/2017) e do A.C. Camargo Cancer Center (46225115.8.0000.5432). Todos os procedimentos envolvendo participantes humanos seguiram as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Características das participantes

Foram identificadas 424 mulheres elegíveis. Destas, 396 foram incluídas no estudo e 28 recusaram. Os principais motivos para não participar foram que não queriam (42,0%), não tinham tempo de responder o questionário (42,0%) ou seus cônjuges não queriam que elas participassem (16,0%).

As características das pacientes foram ilustradas na Tabela 1. Não houve diferenças significativas na idade, menarca, história de tabagismo ou situação de trabalho durante o diagnóstico entre os grupos de pacientes que usaram o SUS ou o SSS.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de colo uterino (n=396). Barretos, 2023.

Variáveis		SUS ^a (n=264)		SSS ^b (n=132)		p
Idade em anos						0,19
	Mediana	46,0		42,0		
	Média (DP ^c)	47,0 (13,5)		45,1		
	Min-Max	22,0 – 84,0		23,0 – 82,0		
Menarca						0,17
	Mediana	13,0		13,0		
	Média (DP ^c)	13,0 (2,00)		13,0 (2,0)		
	Min-Max	10,0 – 20,0		9,0 – 16,0		
Coitarca						< 0,0001
	Mediana	17,0		18,0		
	Média (DP ^c)	17,0 (3,0)		18,0 (4,0)		
	Min-Max	11,0 – 30,0		14,0 – 37,0		
		n	%	n	%	
Escolaridade						< 0,0001
	Analfabeto/Ensino Fundamental	132	50,2	16	12,1	
	Ensino Médio	92	34,6	31	23,5	
	Ensino Superior	40	15,2	73	55,3	
	Sem resposta	0	0	12	9,1	
	Total	264	100,0	132	100,0	
Tabagismo						0,65
	Sim	46	17,4	23	17,5	
	Não	218	82,6	96	72,7	
	Sem resposta	0	0	13	9,8	
	Total	264	100,0	132	100,0	
Trabalho						0,12
	Empregada	143	54,4	81	61,4	
	Desempregada	84	31,5	30	22,8	
	Aposentada/do lar	37	14,1	12	9,1	
	Sem resposta	0	0	9	6,7	
	Total	264	100,0	132	100,0	
Tipo histológico do tumor						0,001
	Escamocelular	188	71,3	70	53,1	
	Adenocarcinoma	55	20,8	48	36,3	
	Outros	9	3,4	2	1,5	
	Sem resposta	12	4,5	12	9,1	
	Total	264	100,0	132	100,0	
Estadiamento						< 0,0001
	I	48	18,1	43	32,6	
	II	85	32,2	41	31,1	
	III	72	27,3	20	15,1	
	IV	43	16,3	10	7,6	
	Sem resposta	16	6,1	18	13,6	

Total	264	100,0	132	100,0	
Hábito de realizar Papanicolau					0,16
Até 1 ano	119	45,1	74	56,1	
A cada 2 anos	28	10,6	10	7,6	
Não realizava regularmente	97	36,7	31	23,4	
Não lembra / nunca realizou	20	7,6	3	2,3	
Sem resposta	0	0	14	10,6	
Total	264	100,0	132	100,0	
Motivos de não realização					0,64
Sem comprometimento com a saúde (“foi deixando”)	40	15,1	17	12,9	
Vergonha	31	11,7	5	3,8	
Falta de tempo	21	8,0	11	8,3	
Outros	7	2,7	4	3,0	
Sem resposta	165	62,5	95	72	
Total	264	100,0	132	100,0	

^aSistema Único de Saúde ^bSistema de Saúde Suplementar ^cDesvio Padrão

A maioria das mulheres (n=147) fazia seu Papanicolau regularmente, a cada um ou dois anos. No entanto, 117 mulheres (44,3%) do SUS e 34 mulheres (28,8%) do SSS não realizavam regularmente, não tinham o hábito de fazer o teste ou nunca o fizeram. Dentre os motivos da não realização, a maioria (n=57, 48,8%) afirmou ser por falta de compromisso com a saúde, seguido de vergonha (n=36, 30,8%) e falta de tempo (n=32, 27,4%). Também citaram que era por

não ter queixas ginecológicas ou tinham dificuldade em acessá-lo (Tabela 1).

Etapa de realização de exames e avaliação médica

O tempo para agendar e realizar o exame de Papanicolau, obter seus resultados e avaliação de um profissional apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação do tempo (em dias) para realização e avaliação do exame de Papanicolau (n=396). Barretos, 2023.

Variáveis	SUS ^a (n=264)	SSS ^b (n=132)	p
Tempo (dias) entre o agendamento e a realização do Papanicolau			0,04
Mediana	15,00	10,00	
Média (DP ^c)	31,00 (50,00)	15,00 (15,00)	
Min-Max	1,00 – 330,00	1,00 – 120,00	

Tempo (dias) para chegar o resultado do Papanicolau			0,001
Mediana	15,00	15,00	
Média (DP ^c)	29,00 (32,00)	46,00 (252,00)	
Min-Max	0,00-180,00	0,00 – 2555,00	
Tempo para agendamento da consulta médica			< 0,0001
Mediana	90,00	30,00	
Média (DP ^c)	283,00 (868,00)	96,00 (184,00)	
Min-Max	0,00 – 8760,00	0,00 – 1460,00	

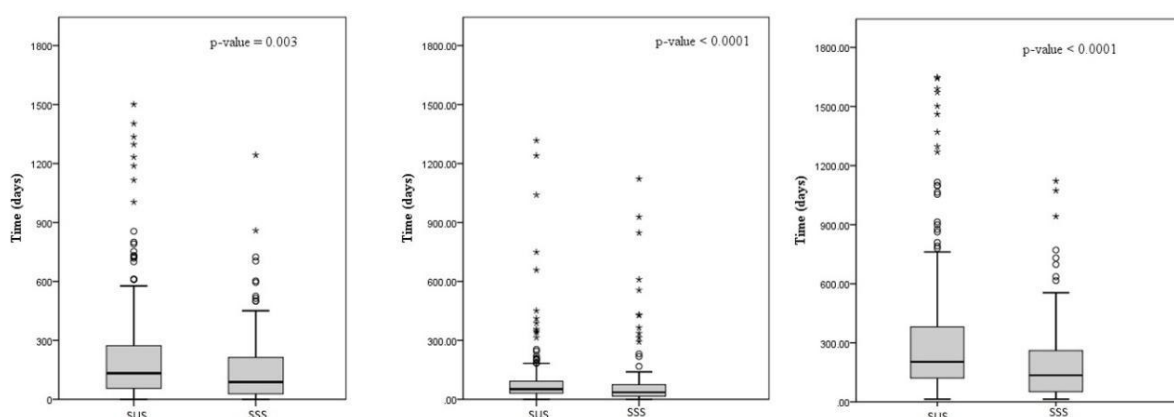
^aSistema Único de Saúde ^bSistema de Saúde Suplementar ^cDesvio Padrão

Observou-se também que o tempo que as mulheres do SUS levaram para agendar consulta após o início dos sintomas ou primeiro exame de Papanicolau alterado foi maior do que as mulheres do grupo SSS e essa diferença foi estatisticamente significativa (mediana 90,0 vs. 30,0 dias, $p < 0,001$). O atraso na investigação diagnóstica, considerado ≥ 90 dias, ocorreu em 137 mulheres (59,3%) do SUS e 34 mulheres (40,9%) do SSS e essa diferença foi estatisticamente diferente ($p = 0,004$, nível de significância 5 %).

Tempo do processo de diagnóstico

A descrição do tempo entre os primeiros sintomas ou o primeiro exame alterado até a biópsia; entre a biópsia e a primeira consulta com o ginecologista oncológico; bem como o tempo total do itinerário diagnóstico (primeiros sintomas ou o primeiro exame alterado até a primeira consulta com o oncologista ginecológico) estão descritos na Figura 1.

Figura 1. Box plot demonstrando o tempo entre o início do processo diagnóstico, biópsia e primeira consulta com o ginecologista oncológico (n=396).



No grupo SUS, as mulheres demoraram, em média, 218,00 dias entre o início dos sintomas ou primeiro exame alterado até conseguir fazer uma biópsia ($\pm 265,00$ dias, mediana 133 dias, variando entre 0 e 1642 dias); entre a biópsia e a primeira consulta com o oncologista ginecológico o tempo médio foi de 78,02 dias ($\pm 93,48$ dias, mediana 51 dias, variando entre 0 e 749 dias). Por fim, o tempo total de itinerário diagnóstico das mulheres do grupo SUS foi, em média, de 316,82 dias ($\pm 320,78$ dias, mediana 203 dias, variando entre 14 e 1649 dias).

No grupo SSS, o tempo entre o início dos sintomas ou primeiro exame alterado até conseguir fazer uma biópsia foi, em média, de 162 dias (± 203 dias, mediana 88 dias, variando entre 0 e 1243 dias); entre a biópsia e a primeira consulta com o oncologista ginecológico em média 93,24 dias ($\pm 180,26$ dias, mediana 36 dias, variando entre 0 e

1122 dias); e o tempo total de itinerário diagnóstico das mulheres do grupo SSS foi de 205,46 dias ($\pm 221,92$ dias, mediana 135 dias, variando entre 0 e 1122 dias). Em todas essas variáveis, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Os resultados da análise univariada indicaram que as variáveis escolaridade, trabalho e tipo de atendimento foram possíveis indicadores significantes para o risco de atraso do diagnóstico, a um nível de significância de 20%. A variável idade foi categorizada, a fim de realização do teste.

Para o modelo multivariado (Tabela 3) testamos as variáveis que foram significativas na análise univariada. A única variável que se mostrou significativa, a um nível de 5%, foi o tipo de atendimento, sendo que pacientes que realizaram o atendimento pelo SUS apresentam 1,74 vezes mais chance de atraso comparados aos pacientes de SSS (p -valor = 0,05).

Tabela 3 - Regressão logística (análise multivariada) das variáveis independentes do risco de atraso no processo diagnóstico ($n=396$). Barretos, 2023.

Variável	Odds Ratio	IC (95%)	p
Escolaridade			
Analfabeto (ref)	–	–	–
Ensino Fundamental	0,95	0,28 – 3,14	0,93
Ensino Médio	1,19	0,59 – 2,35	0,62
Ensino Superior	1,58	0,85 – 2,92	0,14
Situação de trabalho			
Empregada (ref)	–	–	–

Desempregada	1,04	0,51 – 2,12	0,90
Licença Saúde – Aposentada	1,11	0,53 – 2,33	0,77
Do lar	1,76	0,86 – 3,59	0,11
Atendimento			
SUS ^a	1,74	0,99 – 3,04	0,05
SSS ^b (ref)	–	-	-

^aSistema Único de Saúde ^bSistema de Saúde Suplementar

Também foi realizada análise por modelo de regressão linear considerando como desfecho o tempo total de itinerário diagnóstico para avaliar o impacto das variáveis independentes no tempo.

Os resultados da análise univariada indicaram que as mesmas variáveis escolaridade, trabalho e tipo de atendimento podem aumentar o tempo total do itinerário

diagnóstico de mulheres com câncer do colo do útero, a um nível de significância de 20%.

Para o modelo multivariado, também testamos as variáveis que foram significativas na análise univariada. As duas variáveis que se mostraram significativas, a um nível de 5%, foi o tipo de atendimento e a situação de trabalho, que podem aumentar o tempo total de itinerário diagnóstico (p-valor = 0,05) (Tabela 4).

Tabela 4 - Regressão linear (análise multivariada) do impacto das variáveis independentes no tempo total da jornada diagnóstica (n=396) Barretos, 2023.

Variável	B	Erro Padrão	p
Escolaridade			
Analfabeto	-76,68	87,66	0,38
Ensino Fundamental	14,03	49,18	0,77
Ensino Médio	55,26	44,15	0,21
Ensino Superior (ref)	–	–	–
Trabalho			
Empregada (ref)	–	–	–
Desempregada	96,40	49,97	0,05
Licença Saúde – Aposentada	23,60	52,43	0,65
Do lar	50,24	47,19	0,28
Atendimento			
SUS	91,65	40,19	0,02
SSS (ref)	–	–	–

^aSistema Único de Saúde ^bSistema de Saúde Suplementar

DISCUSSÃO

O presente trabalho procurou descrever e comparar o itinerário diagnóstico de mulheres com câncer do colo do útero usuárias do SUS e do SSS. Identificamos que o tempo desse itinerário (desde os primeiros sintomas ou primeiro exame alterado até a primeira consulta com o ginecologista oncológico) foi significativamente maior no grupo SUS do que no grupo SSS, confirmando nossa hipótese.

A demora no diagnóstico pode ocorrer devido ao número insuficiente de serviços de saúde bem estruturados, fluxos assistenciais bem estabelecidos e resolutivos, além da escassez de materiais e recursos humanos, dificultando agendamentos e baixa disponibilidade de exames para confirmação diagnóstica.¹⁶⁻¹⁷

Além disso, o atraso no diagnóstico pode estar associado a fatores socioeconômicos, sentimentos e valores das mulheres, podendo ter efeitos diretos na baixa procura para realização dos exames de rastreamento. Neste estudo, a escolaridade, o trabalho e o sistema de saúde em que são atendidas foram possíveis indicadores para esse atraso. Longas jornadas de laboração, unidas com a sobrecarga de responsabilidade de criar os filhos e sustentar a casa podem, também, desestimular a realização dos exames. Além disso, diversos estudos já demonstraram que

a baixa escolaridade das mulheres é considerada um fator de risco independente para o diagnóstico tardio. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde, nesse ínterim, têm papel fundamental de estabelecer um vínculo de confiança com essa população, flexibilizando horários de atendimento e diminuindo a burocratização, a fim de fazê-las sentir acolhidas e seguras para comunicar sinais e sintomas do câncer, bem como realizar os exames de rastreamento.^{9,16,18}

Em estudos que avaliaram a jornada de mulheres com câncer de colo do útero sintomático mostraram que as participantes demoraram a procurar atendimento especializado por não reconhecerem a gravidade dos sintomas. O corrimento vaginal foi o mais comum entre as pacientes que atrasaram a busca por atendimento do que entre aquelas sem atraso, entretanto muitas relataram não o reconhecer como um possível sintoma de câncer.^{12,16} Além disso, mulheres sintomáticas não captadas pelo rastreamento, possivelmente perdem oportunidades de diagnóstico durante passagens pouco resolutivas pelos serviços da atenção primária e secundária, resultando na chegada à atenção oncológica já em estágio avançado da doença.¹⁹ Nesse ínterim, destaca-se a necessidade de alertar as mulheres sobre os sinais e sintomas mais comuns para o câncer do colo do útero, a fim de estimulá-las a procurar atendimento

médico, bem como realização de exame preventivo para investigação.

No Brasil, o tempo de espera para tratamento oncológico foi determinado por lei em 22 de novembro de 2012, estabelecendo que todo paciente com câncer tenha seu primeiro tratamento iniciado em 60 dias a partir da data de registro do diagnóstico da doença no prontuário do paciente. Avaliamos o tempo entre os dados da biópsia que diagnosticou o câncer até a primeira consulta com o ginecologista oncológico, que define o estágio do tumor e programa o tratamento e o tempo encontrado foram maiores que os 60 dias previstos em lei para ambos os grupos, sugerindo que a realidade vivenciada no rastreamento, independente do sistema de saúde utilizado, pode contribuir diretamente para a demora no início do tratamento. Resultado semelhante também foi encontrado em estudo realizado na Colômbia, onde as mulheres que eram atendidas pelo plano do Estado apresentaram tempo para início do tratamento mais longo do que as que eram atendidas por convênios de saúde.²⁰

Além disso, o tempo decorrido em todas as etapas analisadas no processo diagnóstico foi estatisticamente maior para o grupo do SUS, levando-as a ter 1,74 vezes mais chance de atraso no diagnóstico comparadas às pacientes de SSS. Essas falhas no processo de rastreamento e acompanhamento dos casos alterados

também impactaram a maior proporção de mulheres com diagnóstico de estadiamento avançado (III e IV) neste estudo, mostrando que uma rede de cuidado pouco efetiva e desestruturada pode impactar, mesmo que indiretamente, a sobrevivência dessas mulheres.

Dessa forma, observa-se que, apesar das mulheres terem direito de ter acesso à exames de rastreamento, confirmação diagnóstica e informação, esse processo tem sido lento, impactando diretamente no estadiamento e, possivelmente, na sobrevivência dessas pessoas.

CONCLUSÃO

Mulheres atendidas pelo SUS tiveram que esperar maior tempo para agendar exames e consultas, demoram mais para procurar por atendimento médico e fizeram o diagnóstico mais tardiamente, com estadiamento mais avançado, em comparação às mulheres do grupo do Sistema de Saúde Suplementar.

Nota-se a necessidade de se reestruturar o programa de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, focando no rastreio organizado, com fluxos de atendimento bem definidos entre os três tipos de atenção e com profissionais de saúde bem treinados para a realização do diagnóstico precoce das lesões precursoras e do câncer do colo do útero. Além disso, os indicadores devem ser revistos: sugere-se que os sistemas de informação

governamentais passem a realizar as estatísticas a partir do número de mulheres que realizaram estes exames, e não pelo número de citopatológicos realizados.

Especificamente para o Sistema de Saúde Suplementar, sugere-se a criação de um programa de seguimento das mulheres usuárias dos planos privados de saúde, a fim dos profissionais que as atendem, nos diferentes níveis de atenção, possam ver seu histórico de exames e consultas e também realizarem, com maior facilidade e frequência, a referência e contrarreferência para os demais serviços de saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações. Possível viés de seleção pode ter ocorrido devido às diferentes cidades onde foram realizados os diagnósticos. A amostra em estudo representa apenas aquelas que estavam em tratamento nos locais do estudo e não representa toda a população de câncer cervical do Brasil. Viés de memória também pode existir pois as histórias das trajetórias diagnósticas foram coletadas retrospectivamente.

Novos estudos com desenho prospectivo são necessários para se identificar onde estão as fragilidades em cada etapa da jornada diagnóstica e os efeitos desse tempo na sobrevivência de mulheres com câncer do colo uterino, nos diferentes sistemas de saúde brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. [Internet]. 2021 [citado em 31 out 2024]; 71(3):209-49. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21660>
2. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev Bras Cancerol*. [Internet]. 2023 [citado em 31 out 2024]; 69(1):e-213700. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700/2644>
3. Silva GA, Alcantara LLM, Tomazelli JG, Ribeiro CM, Girianelli VR, Santos EC, et al. Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022 [citado em 31 out 2024]; 38(7):e00041722. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fj5Q7hxCTBZyDLb68j4nqHR/?format=pdf&lang=pt>
4. Cruz JAW, da Cunha MAVC, de Moraes TP, Marques S, Tuon FF, Gomide AL, et al. Brazilian private health system: history, scenarios, and trends. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2022 [citado em 31 out 2024]; 22(1):49. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12913-021-07376-2.pdf>
5. Lopes VAS, Ribeiro JM. Cervical cancer control limiting factors and facilitators: a literature review. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2019 [citado em 31 out 2024]; 24(9):3431-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wKH88LkHg3qq87tCLQtqvTp/?format=pdf&lang=en>
6. Cardoso BCR, Costa LKC, Oliveira LG, Morais LA, Lima CFS, Martins RG, et al. Principais dificuldades para a realização do exame papanicolau em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde no bairro

- Jaderlândia, Ananindeua, estado do Pará. *Braz J Dev.* [Internet]. 2020 [citado em 31 out 2024]; 6(3):16007-22. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/8256/7101>
7. Perez L, Tran K, Alvarenga-Bezerra V, Chadha D, Dotson L, Assir F, et al. Cervical cancer-related knowledge, attitudes, practices and self-screening acceptance among patients, employees, and social media followers of major brazilian hospital. *Cancer Control.* [Internet]. 2022 [citado em 31 out 2024]; 29:10732748221135440. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9703545/pdf/10.1177_10732748221135441.pdf
8. Mumba JM, Kasonka L, Owiti OB, Andrew J, Lubeya MK, Lukama L, et al. Cervical cancer diagnosis and treatment delays in the developing world: evidence from a hospital-based study in Zambia. *Gynecol Oncol Rep.* [Internet]. 2021 [citado em 31 out 2024]; 37:100784. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8165546/pdf/main.pdf>
9. Mimouni H, Hassouni K, El Marnissi B, Haddou Rahou B, Alaoui L, Ismaili R, et al. The care pathway delays of cervical cancer patient in Morocco. *Obstet Gynecol Int.* [Internet]. 2020 [citado em 31 out 2024]; 2020:8796570. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7450345/pdf/OGI2020-8796570.pdf>
10. Paula LLRJ, Paula MF, Badiglian-Filho L. Consentimento por telefone: otimização do recrutamento de participantes de pesquisas. *Rev Bioét.* [Internet]. 2021 [citado em 31 out 2024]; 29(2):317-22. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2483/2624
11. Hernández Vargas JA, Ramírez Barbosa PX, Valbuena-García AM, Acuña L, González-Díaz JA. Factors associated with delays in time to treatment initiation in colombian women with cervical cancer: a cross-sectional analysis. *Gynecol Oncol Rep.* [Internet]. 2021 [citado em 31 out 2024]; 35:100697. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7822946/pdf/main.pdf>
12. Somanna SN, Murthy SN, Chelubarayaswamy R, Malila N. Time from self-detection of symptoms to seeking definitive care among cervical cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2020 [citado em 31 out 2024]; 21(11):3301-7. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8033105/pdf/APJCP-21-3301.pdf>
13. Ouasmani F, Hanchi Z, Rahou BH, Bekkali R, Benazzouz B, Mesfioui A. The measurement of delay in diagnosis and treatment among moroccan women with cervical cancer. *Cancer and Oncology Research* [Internet]. 2017 [citado em 31 out 2024]; 5(1):10-19. Disponível em: <https://www.hrpub.org/download/20170130/COR2-17008553.pdf>
14. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* [Internet]. 1999 [citado em 31 out 2024]; 353(9159):1127-31. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067369902142X/pdf?md5=88b9c09136f1353ea7274b62ca49ae16&pid=1-s2.0-S014067369902142X-main.pdf>
15. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) -- a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* [Internet]. 2009 [citado em 31 out 2024]; 42(2):377-81. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2700030/pdf/nihms106655.pdf>
16. Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NCP. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado em 31 out 2024]; 42(118):687-701. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X8ZMKpZzjnmsyvT6QvzdthK/?format=pdf&lang=pt>

17. Farias ACB, Barbieri AR. Follow-up uterine cervical cancer: study of continue assistance to patient in a health region. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2016 [citado em 30 maio 2023]; 20(4):e20160096. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RmrTR5ZqXhDJPxYvXg5jdFH/?format=pdf&lang=en>
18. Cortez EN, Costa LLS, Botelho SA, Costa TM. Fatores para rastreamento tardio do câncer de colo de útero: uma revisão integrativa de literatura. *Res Soc Dev*. [Internet]. 2023 [citado em 31 out 2024]; 12(6):e17812642275. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/42275/34150/446931>
19. Paulino E, Melo AC, Silva-Filho AL, Maciel LF, Thuler LCS, Goss P, et al. Panorama of gynecologic cancer in Brazil. *JCO Glob Oncol*. [Internet]. 2020 [citado em 31 out 2024]; (6):1617-30. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7605369/pdf/GO.20.00099.pdf>
20. Vargas JAH, Barbosa PXR, Valbuena-Garcia AM, Acuña L, González-Díaz JA. Factors associated with delays in time to treatment initiation in colombian women with cervical cancer: a cross-sectional analysis. *Gynecol Oncol Rep*. [Internet]. 2021 [citado em 31 out 2024]; 35:100697. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7822946/pdf/main.pdf>

RECEBIDO: 30/05/23

APROVADO: 23/10/24

PUBLICADO: 11/2024