

TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO: COMPARACIÓN ENTRE LOS SISTEMAS PÚBLICO Y SUPLEMENTARIO BRASILEÑO

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

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

Cómo citar este artículo: Trayectoria diagnóstica del cáncer cervicouterino: comparación entre los sistemas público y suplementario brasileño. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2024 [acceso en: __]; 13(3): e202447. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.6873>

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.

¹ Enfermero. Post-Doctorado en Economía de la Salud en la Facultad de Economía, Administración y Contabilidad de la USP-RP. Doctor en Oncología por el hospital AC Camargo Cancer Center. Maestría en Ciencias por el Departamento de Enfermería Materno Infantil y Salud Pública de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - USP. Especialista en Salud de la Familia por UNIARA. <https://orcid.org/0000-0003-2270-604X>

² Especialista. Farmacéutico. Coordinador de Proyectos de Innovación. Hospital Oncológico Barretos. Hospital Oncológico Barretos. <https://orcid.org/0000-0003-1363-8962>

³ Doctor. Cirujano del Departamento de Oncología Ginecológica del Centro Oncológico AC Camargo. Centro Oncológico AC Camargo. <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.

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.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de neoplasia más común y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en el mundo, con nueve de cada diez muertes ocurriendo en regiones menos desarrolladas.¹ En Brasil, es el tercer tipo de cáncer más común en mujeres, con 17.010 nuevos casos previstos para cada año del período 2023-2025.²

Los exámenes preventivos, como la prueba de Papanicolaou, pueden identificar fácilmente los cambios celulares causados

por el VPH y la mayoría de estos casos se tratan con éxito. Sin embargo, la tasa de detección del cáncer de cuello uterino en Brasil estaba por debajo del 50% en 2019. En 2020, cuando comenzó la pandemia de COVID-19 en el país, esta tasa cayó a menos del 30%.³

Actualmente, el sistema de salud brasileño está compuesto por la red pública (Sistema Único de Saúde – SUS), que atiende alrededor del 75,5% de la población; y de los servicios privados, pagados por las aseguradoras de salud, utilizados por

alrededor de una cuarta parte de los brasileños.⁴

Las usuarias de los servicios públicos de salud han reportado dificultades en el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino, como accesibilidad geográfica, baja resolución de los servicios, retraso en el diagnóstico e indisponibilidad de recursos materiales y humanos para el tratamiento. La vergüenza, el miedo al dolor y la falta de tiempo también son barreras referidas por estas mujeres, que conducen a un posible diagnóstico de enfermedad avanzada.⁵⁻⁷

El retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer es un problema observado en los sistemas sanitarios de todo el mundo. Esta limitación del acceso a un tratamiento oportuno y adecuado se encuentra entre las condiciones que resultan en un mal pronóstico y un aumento de la mortalidad.^{8,9}

Recientemente, se han realizado estudios que investigan el recorrido diagnóstico de estas mujeres en varios países, como Marruecos⁹, Zambia⁸ y Colombia¹⁰, con resultados similares: barreras en el acceso al diagnóstico y tratamiento, debido a factores socioeconómicos, culturales y condiciones estructurales del país. En Brasil, los estudios realizados se centraron en describir el recorrido diagnóstico en salud pública, pero hay datos limitados sobre las diferencias en el recorrido diagnóstico

realizado en el Sistema Único de Salud (SUS) y el Sistema Suplementario de Salud (SSS).

Así, el objetivo de este estudio fue 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). Nuestra hipótesis es que el recorrido de las mujeres usuarias del SUS es más largo que el de las usuarias del SSS.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo transversal, realizado en dos centros de tratamiento oncológico del Estado de São Paulo, entre diciembre de 2016 y septiembre de 2018. Incluyó mujeres mayores de 18 años, diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el SUS o SSS, con hasta 18 meses de tratamiento. Fueron excluidos aquellos que fueron pacientes en cuidados paliativos o que se sometieron a exámenes de detección de cáncer en alguna de las localidades del estudio, ya que el tamizaje fue organizado, con convocatoria y control de los pacientes durante el período del estudio, lo que no se correspondía con la realidad de el estudio.

Los pacientes elegibles fueron identificados a partir de las historias clínicas electrónicas de los Departamentos de

Ginecología Oncológica de ambas Instituciones. El proceso de consentimiento y la aplicación del cuestionario se realizó mediante llamada telefónica y copia del Formulario de Consentimiento Libre e Informado enviado por correo electrónico o postal, siguiendo lo propuesto por Paula.¹⁰ Todo este proceso tomó, en promedio, 25 minutos.

Los investigadores desarrollaron un cuestionario de opción múltiple con variables para la caracterización sociodemográfica de los participantes (incluido el sistema de atención de salud, edad, educación, ocupación, menarquia, edad de la primera relación sexual y antecedentes de tabaquismo) clínicas (como histológicas), tipo y estadificación del tumor, antecedentes de despistaje de cáncer de cuello uterino) e itinerario diagnóstico (fecha de exámenes, biopsias y consultas). Se consideró retraso en la investigación diagnóstica cuando el tiempo entre los primeros síntomas y la primera consulta con el médico fue mayor o igual a 90 días¹³ y retraso diagnóstico cuando el tiempo entre los primeros síntomas y la primera consulta con el ginecólogo oncológico fue mayor o igual a 135 días.^{7,14}

Se realizó un estudio piloto en diciembre de 2016, con 36 mujeres usuarias del SUS y SSS, con el objetivo de evaluar el comportamiento del instrumento de

recolección, observando el orden y la comprensión de las preguntas y términos en ese momento. El tamaño de la muestra, entonces, se calculó a partir de la diferencia entre el tiempo del itinerario diagnóstico en este piloto, basándose en una significancia del 5% y una potencia de prueba del 80%. Considerando el número de mujeres atendidas en cada sistema de atención con ese diagnóstico en ambas instituciones, estas pacientes fueron asignadas en proporción 2:1 (dos pacientes en el SUS por una en el SSS). Así, la muestra estuvo compuesta por 264 pacientes del SUS y 132 del SSS.

Los datos recopilados se ingresaron en Research Electronic Data Capture (REDCap).¹⁵ Las variables continuas se informaron con media, mediana y desviación estándar y se utilizó la prueba de Mann-Whitney para el análisis entre grupos. Las variables categóricas se presentaron como recuentos y/o proporciones (%) y se compararon mediante la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera.

Se propuso un Modelo de Regresión Logística para evaluar factores asociados al riesgo de retraso en el diagnóstico, considerando como resultado el tiempo total del itinerario diagnóstico, categorizado como retraso si el tiempo fue mayor o igual a 135 días. También propusimos un Modelo de Regresión Lineal para evaluar el impacto

de cada variable en el tiempo total del itinerario diagnóstico. Las variables que mostraron una asociación con un nivel de significancia del 20% en el análisis univariante se incluyeron en los modelos multivariados para investigar asociaciones independientes con un nivel de significancia del 5%.

Las estadísticas se realizaron con IBM SPSS Statistics para Windows, versión 21.0. Se consideró nivel de significancia estadística $p < 0,05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Oncológico de Barretos (1491/2017) y del Centro Oncológico AC Camargo (46225115.8.0000.5432). Todos los procedimientos con participantes humanos siguieron las recomendaciones de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Características de los participantes.

Se identificaron 424 mujeres elegibles. De ellos, 396 fueron incluidos en el estudio y 28 lo rechazaron. Los principales motivos para no participar fueron que no querían (42,0%), no tenían tiempo para responder el cuestionario (42,0%) o su cónyuge no quería que participaran (16,0%).

Las características de los pacientes se ilustran en la Tabla 1. No hubo diferencias significativas en edad, menarquia, historial

de tabaquismo o situación laboral durante el diagnóstico entre los grupos de pacientes que utilizaron el SUS o el SSS.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de mujeres con cáncer de cuello uterino (n=396). Barretos, 2023.

Variables		SUSa (n=264)		SSSb (n=132)		p
Edad en años						0,19
	Mediana	46.0		42.0		
	Promedio (DPc)	47,0 (13,5)		45.1		
	Mín-Máx	22,0 – 84,0		23,0 – 82,0		
Menarquía						0,17
	Mediana	13.0		13.0		
	Promedio (DPc)	13,0 (2,00)		13,0 (2,0)		
	Mín-Máx	10,0 – 20,0		9,0 – 16,0		
coitarca						< 0,0001
	Mediana	17.0		18.0		
	Promedio (DPc)	17,0 (3,0)		18,0 (4,0)		
	Mín-Máx	11,0 – 30,0		14,0 – 37,0		
		n	%	n	%	
Educación						< 0,0001
	Analfabetos/Educación primaria	132	50.2	16	12.1	
	Escuela secundaria	92	34,6	31	23,5	
	Educación superior	40	15.2	73	55.3	
	Sin respuesta	0	0	12	9.1	
	Total	264	100.0	132	100.0	
De fumar						0,65
	Sí	46	17.4	23	17,5	
	No	218	82,6	96	72,7	
	Sin respuesta	0	0	13	9.8	
	Total	264	100.0	132	100.0	
Trabajar						0,12
	Empleado	143	54.4	81	61,4	
	Desempleados	84	31,5	30	22.8	
	Jubilado/hogar	37	14.1	12	9.1	
	Sin respuesta	0	0	9	6.7	
	Total	264	100.0	132	100.0	
Tipo histológico de tumor.						0.001
	escamosocelular	188	71.3	70	53.1	
	adenocarcinoma	55	20.8	48	36.3	
	Otros	9	3.4	2	1.5	
	Sin respuesta	12	4.5	12	9.1	
	Total	264	100.0	132	100.0	
Puesta en escena						< 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	

	Sin respuesta	16	6.1	18	13.6	
	Total	264	100.0	132	100.0	
Hábito de realizar pruebas de Papanicolaou						0,16
	Hasta 1 año	119	45.1	74	56.1	
	Cada 2 años	28	10.6	10	7.6	
	No actuó regularmente	97	36,7	31	23.4	
	No recuerdo/nunca lo hice	20	7.6	3	2.3	
	Sin respuesta	0	0	14	10.6	
	Total	264	100.0	132	100.0	
Razones para no completar						0,64
	Sin comprometer la salud (“lo dejé”)	40	15.1	17	12.9	
	Lástima	31	11.7	5	3.8	
	falta de tiempo	21	8.0	11	8.3	
	Otros	7	2.7	4	3.0	
	Sin respuesta	165	62,5	95	72	
	Total	264	100.0	132	100.0	

^aSistema Único de Salud; ^bSistema Complementario de Salud; ^cDesviación Estándar

La mayoría de las mujeres (n=147) se hicieron la prueba de Papanicolaou con regularidad, cada uno o dos años. Sin embargo, 117 mujeres (44,3%) del SUS y 34 mujeres (28,8%) del SSS no realizaban la prueba con regularidad, no tenían la costumbre de realizarla o nunca la realizaron. Entre los motivos para no realizarlo, la mayoría (n=57, 48,8%) dijo que fue por falta de compromiso con la salud, seguido de vergüenza (n=36, 30,8%) y falta de tiempo

(n=32, 27,4%). También mencionaron que fue porque no tenían quejas ginecológicas o tenían dificultad para acceder (Tabla 1).

Etapa de examen y evaluación médica.

El tiempo para programar y realizar la prueba de Papanicolaou, obtener sus resultados y ser evaluado por un profesional mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación del tiempo (en días) para realizar y evaluar la prueba de Papanicolaou (n=396). Barretos, 2023.

Variables	SUSa (n=264)	SSSb (n=132)	p
Tiempo (días) entre la programación y la realización de la prueba de Papanicolaou	15.00	10.00	0,04
Mediana	31,00 (50,00)	15.00 (15.00)	
Promedio (DPc)	1,00 – 330,00	1,00 – 120,00	
Mín-Máx			
Tiempo (días) para que llegue el resultado de la prueba de Papanicolaou			0.001
Mediana	15.00	15.00	
Promedio (DPc)	29,00 (32,00)	46,00 (252,00)	
Mín-Máx	0,00-180,00	0,00 – 2555,00	
Es hora de programar una cita médica			< 0,0001
Mediana			
Promedio (DPc)	90.00	30.00	
Mín-Máx	283,00 (868,00)	96,00 (184,00)	
	0,00 – 8760,00	0,00 – 1460,00	

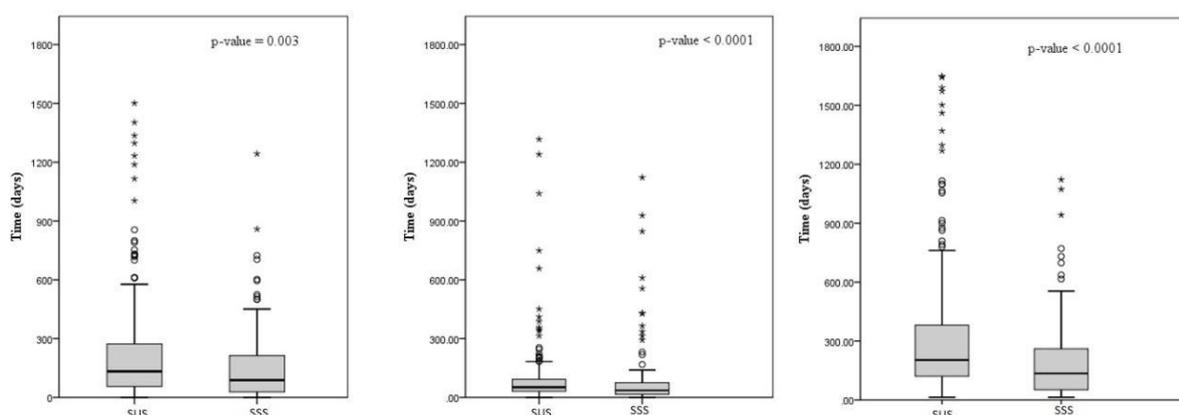
^aSistema Único de Salud; ^bSistema Complementario de Salud; ^cDesviación Estándar

También se observó que el tiempo que tardaron las mujeres del SUS en programar una cita después del inicio de los síntomas o de la primera prueba de Papanicolaou alterada fue mayor que las mujeres en el grupo SSS y esta diferencia fue estadísticamente significativa (mediana 90,0 vs. 30,0 días, $p < 0,001$). La demora en la investigación diagnóstica, considerada ≥ 90 días, ocurrió en 137 mujeres (59,3%) del SUS y 34 mujeres (40,9%) del SSS y esta diferencia fue estadísticamente diferente ($p = 0,004$, nivel de significación 5%).

Tiempo del proceso de diagnóstico

Descripción del tiempo transcurrido entre los primeros síntomas o el primer examen alterado hasta la biopsia; entre la biopsia y la primera consulta con el ginecólogo oncológico; así como el tiempo total del itinerario diagnóstico (primeros síntomas o primer examen alterado hasta la primera consulta con el ginecólogo oncológico) se describen en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de caja que demuestra el tiempo entre el inicio del proceso diagnóstico, la biopsia y la primera consulta con el ginecólogo oncológico (n=396).



En el grupo SUS, las mujeres tardaron, en promedio, 218,00 días entre el inicio de los síntomas o la primera prueba anormal hasta que pudieron realizarse la biopsia ($\pm 265,00$ días, mediana 133 días, oscilando entre 0 y 1642 días); entre la biopsia y la primera consulta con el ginecólogo oncólogo el tiempo promedio fue de 78,02 días ($\pm 93,48$ días, mediana 51 días, oscilando entre 0 y 749 días). Finalmente, el tiempo total del itinerario diagnóstico para las mujeres del grupo SUS fue, en promedio, 316,82 días ($\pm 320,78$ días, mediana 203 días, variando entre 14 y 1649 días).

En el grupo SSS, el tiempo entre el inicio de los síntomas o la primera prueba anormal hasta que se realizó una biopsia fue, en promedio, 162 días (± 203 días, mediana 88 días, oscilando entre 0 y 1243 días); entre la biopsia y la primera consulta con el oncólogo ginecológico en promedio 93,24 días ($\pm 180,26$ días, mediana 36 días, oscilando entre 0 y 1122 días); y el tiempo

total del itinerario diagnóstico para las mujeres del grupo SSS fue de 205,46 días ($\pm 221,92$ días, mediana 135 días, oscilando entre 0 y 1122 días). En todas estas variables hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Los resultados del análisis univariado indicaron que las variables educación, trabajo y tipo de cuidado fueron posibles indicadores significativos para el riesgo de retraso en el diagnóstico, con un nivel de significancia del 20%. La variable edad fue categorizada para la realización de la prueba.

Para el modelo multivariado (Tabla 3), probamos las variables que fueron significativas en el análisis univariado. La única variable que resultó significativa, a un nivel del 5%, fue el tipo de atención, teniendo los pacientes que recibieron atención a través del SUS una probabilidad 1,74 veces mayor de retraso en comparación con los pacientes del SSS (valor $p = 0,05$).

Tabla 3 - Regresión logística (análisis multivariado) de las variables independientes del riesgo de retraso en el proceso diagnóstico (n=396). Barretos, 2023.

Variable	Razón de Odds	CI (95%)	p
Educación			
Analfabeto (árbitro)	–	–	–
Educación elemental	0,95	0,28 – 3,14	0,93
Escuela secundaria	1.19	0,59 – 2,35	0,62
Educación superior	1,58	0,85 – 2,92	0,14
situación laboral			
Servicio (árbitro)	–	–	–
Desempleados	1.04	0,51 – 2,12	0,90
Licencia Sanitaria – Jubilada	1.11	0,53 – 2,33	0,77
Desde casa	1,76	0,86 – 3,59	0,11
Servicio			
susa	1.74	0,99 – 3,04	0,05
SSSb (árbitro)	–	-	-

^aSistema Único de Salud; ^bSistema Complementario de Salud

También se utilizó un modelo de regresión lineal para analizar el tiempo total de itinerario diagnóstico como resultado, a fin de evaluar el impacto de las variables independientes en el tiempo.

Los resultados del análisis univariante indicaron que las mismas variables escolaridad, trabajo y tipo de atención pueden aumentar el tiempo total de itinerario diagnóstico de las mujeres con cáncer de

cuello uterino, a un nivel de significación del 20%.

Para el modelo multivariante, también se probaron las variables que resultaron significativas en el análisis univariante. Las dos variables que resultaron significativas, a un nivel del 5%, fueron el tipo de asistencia y la situación laboral, que pueden aumentar el tiempo total del itinerario diagnóstico (p-valor = 0,05) (Tabla 4).

Tabla 4 - Regresión lineal (análisis multivariado) del impacto de variables independientes en el tiempo total del recorrido diagnóstico (n=396) Barretos, 2023.

Variable	B	Error estándar	p
Educación			
Analfabeto	-76,68	87,66	0,38
Educación elemental	14,03	49,18	0,77
Escuela secundaria	55,26	44,15	0,21
Educación superior (ref)	–	–	–
Trabajar			
Sirvienta (árbitro)	–	–	–
Desempleados	96,40	49,97	0,05
Licencia Sanitaria – Jubilada	23,60	52,43	0,65
Desde casa	50,24	47,19	0,28
Servicio			
SUS	91,65	40,19	0,02
SSS (árbitro)	–	–	–

^aSistema Único de Salud; ^bSistema Complementario de Salud

DISCUSIÓN

Este estudio pretendía describir y comparar el itinerario diagnóstico de las mujeres con cáncer de cuello de útero que utilizaron el SUS y el SSS. Comprobamos que el tiempo empleado en este itinerario (desde los primeros síntomas o la primera prueba alterada hasta la primera consulta con un ginecólogo) era significativamente mayor en el grupo del SUS que en el grupo del SSS, lo que confirma nuestra hipótesis.

El retraso en el diagnóstico puede deberse al número insuficiente de servicios de salud bien estructurados, flujos asistenciales bien establecidos y resolutivos, así como a la escasez de materiales y recursos humanos, lo que dificulta la reserva de citas y la baja disponibilidad de pruebas para la confirmación diagnóstica.¹⁶⁻¹⁷

Además, el retraso en el diagnóstico puede estar asociado a factores socioeconómicos, sentimientos y valores de las mujeres, que pueden tener un efecto directo en la baja demanda de pruebas de cribado. En este estudio, la escolarización, el trabajo y el sistema sanitario en el que son atendidas fueron posibles indicadores de este retraso. Las largas jornadas laborales, unidas a la sobrecarga de responsabilidad que supone criar a los hijos y mantener el hogar, también pueden disuadir a las mujeres de someterse a las pruebas. Además, varios estudios han demostrado que el bajo nivel de escolarización de las

mujeres se considera un factor de riesgo independiente para el diagnóstico tardío. Mientras tanto, los profesionales de Atención Primaria tienen un papel fundamental a la hora de establecer un vínculo de confianza con esta población, flexibilizando los horarios de atención y reduciendo la burocracia, con el fin de que se sientan acogidas y seguras para informar sobre signos y síntomas de cáncer, así como para realizar las pruebas de cribado.^{9,16,18}

Los estudios que evaluaron el recorrido de las mujeres con cáncer de cuello uterino sintomático mostraron que las participantes retrasaban la búsqueda de atención especializada porque no reconocían la gravedad de los síntomas. El flujo vaginal era más frecuente entre las pacientes que retrasaban la búsqueda de atención que entre las que no lo hacían, pero muchas afirmaban no reconocerlo como posible síntoma de cáncer.^{12,16} Además, las mujeres sintomáticas que no se someten a pruebas de cribado pueden perder oportunidades de diagnóstico durante las visitas no resueltas a los servicios de atención primaria y secundaria, lo que provoca que lleguen a la atención oncológica en un estadio avanzado de la enfermedad.¹⁹ Entretanto, es necesario alertar a las mujeres sobre los signos y síntomas más comunes del cáncer cervicouterino a fin de alentarlas a buscar atención médica y someterse a un examen preventivo para su investigación.

En Brasil, el tiempo de espera para el tratamiento del cáncer fue determinado por ley el 22 de noviembre de 2012, estableciendo que todos los pacientes con cáncer deben iniciar su primer tratamiento dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que el diagnóstico de la enfermedad se registra en la historia clínica del paciente. Se evaluó el tiempo transcurrido entre los datos de la biopsia que diagnosticó el cáncer y la primera consulta con el ginecólogo oncólogo, que define el estadio del tumor y programa el tratamiento, y el tiempo encontrado fue superior a los 60 días estipulados por la ley para ambos grupos, lo que sugiere que la realidad vivida en el cribado, independientemente del sistema sanitario utilizado, puede contribuir directamente al retraso en el inicio del tratamiento. Un resultado similar se encontró también en un estudio realizado en Colombia, donde las mujeres que estaban cubiertas por el plan estatal tenían un tiempo mayor para iniciar el tratamiento que las que estaban cubiertas por un seguro de salud.²⁰

Además, el tiempo empleado en todas las etapas analizadas en el proceso de diagnóstico fue estadísticamente superior para el grupo del SUS, lo que les llevó a tener 1,74 veces más probabilidades de sufrir un retraso en el diagnóstico en comparación con los pacientes del SSS. Estas deficiencias en el proceso de cribado y seguimiento de los casos alterados también

repercutieron en la mayor proporción de mujeres diagnosticadas en estadios avanzados (III y IV) en este estudio, demostrando que una red asistencial ineficaz y desestructurada puede repercutir, aunque sea indirectamente, en la supervivencia de estas mujeres.

Así, a pesar de que las mujeres tienen derecho a acceder a pruebas de cribado, confirmación diagnóstica e información, este proceso ha sido lento, lo que ha repercutido directamente en la estadificación y, posiblemente, en su supervivencia.

CONCLUSIÓN

Las mujeres atendidas por el SUS tuvieron que esperar más para programar exámenes y citas, tardaron más en buscar atención médica y fueron diagnosticadas más tarde, con una estadificación más avanzada, en comparación con las mujeres del grupo del Sistema Suplementario de Salud.

Es necesario reestructurar el programa de detección del cáncer de cuello uterino en Brasil, centrándose en la detección organizada, con flujos de atención bien definidos entre los tres tipos de atención y con profesionales de la salud bien capacitados para realizar el diagnóstico precoz de las lesiones precursoras. cáncer de cuello uterino. Además, se deben revisar los indicadores: se sugiere que los sistemas de información gubernamentales comiencen a

compilar estadísticas en función del número de mujeres que se sometieron a estas pruebas, y no en función del número de pruebas citopatológicas realizadas.

Específicamente para el Sistema Suplementario de Salud, se sugiere la creación de un programa de seguimiento a las mujeres usuarias de planes privados de salud, para que los profesionales que las atienden, en los diferentes niveles de atención, puedan consultar su historial de exámenes y consultas y además realizar, con mayor facilidad y frecuencia, derivación y contrarreferencia a otros servicios de salud.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Es posible que se haya producido un sesgo de selección debido a las diferentes ciudades donde se realizaron los diagnósticos. La muestra del estudio representa sólo a aquellas que estaban recibiendo tratamiento en los sitios del estudio y no representa a toda la población con cáncer de cuello uterino en Brasil. También puede existir un sesgo de recuerdo ya que los antecedentes de las trayectorias diagnósticas se recopilaban retrospectivamente.

Son necesarios nuevos estudios con diseño prospectivo para identificar dónde están las debilidades en cada etapa del camino diagnóstico y los efectos de este tiempo en la supervivencia de las mujeres con cáncer de cuello uterino, en los diferentes sistemas de salud brasileños.

REFERENCIAS

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. Disponible 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. Disponible 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. Disponible 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. Disponible 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. Disponible 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, Cheluvayaswamy 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>

RECIBIDO: 30/05/23

APROBADO: 23/10/24

PUBLICADO: 11/2024