

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA –
IMIP**

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

**AVALIAÇÃO DO TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

**Projeto de pesquisa apresentado ao
Programa Institucional de Bolsas de
Iniciação Científica referente ao processo
seletivo do edital PIBIC/2018.**

Autora:

Bruna Almeida Andrade Velloso

Alunas colaboradoras:

Gabriela de Paula Lopes Brito

Maria Eduarda Farias Barbosa

Vera Azevedo Bérghamo Barrêto

Orientadora:

Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva

Recife

Agosto de 2018

DADOS DA ORIENTADORA:

1. Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva

Médica anesthesiologista do IMIP e professora da pós-graduação do IMIP¹

Telefone: (81) 99419-7979

E-mail: orangeflavia@gmail.com

DADOS DA ALUNA AUTORA:

1. Bruna Almeida Andrade Velloso

Estudante de medicina do 6º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS²

Telefone: (81) 999247714

E-mail: brunaaveloso@gmail.com

DADOS DAS ALUNAS COLABORADORAS:

1. Gabriela de Paula Lopes Brito

Estudante de medicina do 6º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS²

Telefone: (81) 992585151

E-mail: gabrielabrito602@gmail.com

2. Maria Eduarda Farias Barbosa

Estudante de medicina do 6º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS²

Telefone: (81) 988310668

E-mail: dudinha_barbosa13@hotmail.com

3. Vera Azevedo Bérghamo Barrêto

Estudante de medicina do 6º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS²

Telefone: (81) 998474571

E-mail: verabergamo5@hotmail.com

1. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP: Rua dos Coelhos, 300 – Boa Vista – Recife/PE – CEP: 52.050-300.

2. Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 – Imbiribeira – Recife/PE – CEP: 51.180-001.

RESUMO

Introdução: Sabe-se que o câncer de colo de útero é assintomático em fase inicial e, caso verifique-se atraso no início do tratamento, acontece a evolução para os sintomas característicos (metrorragia, secreção vaginal, sangramento após relação sexual, dispareunia, dor abdominal, hidronefrose e hematoquezia). A Lei Nº 12.732/2012 preconiza que o prazo entre o diagnóstico e o início de tratamento de neoplasias deve ser de até 60 dias. Contudo, é pouco observado se esse prazo é efetivamente cumprido.

Objetivo: Avaliar o tempo entre diagnóstico e início do tratamento do câncer de colo de útero e sua associação com as características clínicas. **Método:** Foi realizado um estudo observacional do tipo corte transversal retrospectivo analítico em 185 prontuários de pacientes diagnosticadas com neoplasia cervical e tratadas no IMIP. A análise foi realizada no Programa R 3.4.3/ 2018, adotando-se $p \leq 0.05$. **Resultado:** Foi observado que o prazo médio de tempo foi de 92.07 dias, com mediana de 77 e que maioria da amostra (65.95%) não o cumpriu. Dentre as que extrapolaram o prazo, os desfechos mais comuns foram metrorragia (82.79%) e dor em baixo ventre (81.97%), $p > 0.05$. **Conclusão:** Constatou-se que há um atraso significativo do tempo entre diagnóstico e início de tratamento das pacientes com câncer cervical, descumprindo o prazo.

Palavras chaves: câncer; colo de útero; sintomas.

ABSTRACT

Introduction: It is known that cervical cancer in early stages is asymptomatic, and if verified a delay in the beginning of treatment, it might progress to the most common symptoms (metrorrhagia, vaginal discharge, postcoital bleeding, dyspareunia, abdominal pain, hydronephrosis and hematochezia). The Brazilian Federal Law N° 12.732/2012 states that the deadline between diagnosis and the first therapeutic intervention should occur within 60 days. However, it isn't frequently observed if this deadline is effectively accomplished. **Objective:** Evaluate the time between the diagnosis and the first therapeutic intervention of cervical cancer and the association with its clinical characteristics. **Method:** It was performed an observational cross-sectional retrospective analytical study of 185 medical records of patients diagnosed with cervical cancer and treated at IMIP. The analysis was made in The R Program 3.4.3/ 2018, using $p \leq 0.05$. **Results:** It was noticed that the average time was 92.07 days, the median time was 77 and the majority of the patients (65.95%) exceeded the deadline. Among the patients who extrapolated it, the most common outcomes was metrorrhagia (82.79%) and abdominal pain (81.97%), $p > 0,05$. **Conclusion:** It was concluded that there is a significant delay between the diagnosis and the beginning of treatment of cervical cancer patients, exceeding the deadline.

Keywords: cancer; cervix uteri; symptoms

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de colo de útero é o terceiro mais incidente na população feminina.¹ Entre os anos de 2012 e 2014, 16.142 mulheres foram a óbito por esse tipo de câncer no país, e, em Pernambuco, o número de óbitos foi de 822, sendo predominante na faixa etária dos 40 aos 49 anos.²

Habitualmente, o câncer de colo de útero é uma doença assintomática em fase inicial. Caso verifique-se atraso no início do tratamento, acontece a evolução para a sintomatologia característica, incluindo sangramento e secreção vaginais, sangramento pós-coito, dispareunia, dor abdominal, hidronefrose e hematoquezia.³ Dessa forma, entende-se que o retardo entre o diagnóstico e início do tratamento agrava a neoplasia, tornando-a progressiva e irreversível.⁴

Sendo assim, foi decretado, por meio da Lei N^o 12.732/ 2012, que o paciente portador de neoplasias malignas tem o direito de receber o primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no prazo de até 60 dias contados a partir do dia que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em que se der o registro do diagnóstico no prontuário do paciente.^{5,6}

Ainda são presentes barreiras para o cumprimento dessa Resolução e assistência adequada a partir do diagnóstico confirmado de câncer, sejam socioeconômicas ou ligadas ao grau de instrução das pacientes sobre a condição. Isso diminui as possibilidades de cura, além do tempo e qualidade de sobrevivência.⁷ Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o tempo entre diagnóstico e início do tratamento do câncer de colo de útero e sua associação com as características clínicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional do tipo corte transversal retrospectivo analítico realizado no período de Agosto de 2017 a Julho de 2018 no Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas (SAME) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos no IMIP (CAE: 68867717.9.9999.5201).

De um total de 227 prontuários analisados, procedeu-se a exclusão de 42 pacientes devido aos seguintes motivos: tratamento realizado em outros serviços, prontuários sem informações suficientes para análise e tratamento não iniciado até a data da coleta (exceto as pacientes que foram a óbito antes mesmo de iniciar o tratamento). Assim, a amostra foi não probabilística, por conveniência, composta por 185 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, admitidas no IMIP com o diagnóstico de câncer de colo de útero a partir de 2015.

Foram colhidas as seguintes variáveis: características sociodemográficas (idade, procedência, estado conjugal, cor de pele autodeclarada, escolaridade, ocupação), hábitos de vida (tabagismo e etilismo), características sobre diagnóstico (local, data de realização e entrega de resultado da biópsia), tipo de tratamento realizado (cirurgia, teleterapia, braquiterapia ou quimioterapia, com as respectivas datas de início e de fim, caso aplicáveis), características clínicas (metrorragia, corrimento vaginal e retal, dor pélvica, dispareunia, sangramento pós-coito, hidronefrose e óbito).

Todas as variáveis acima foram consideradas quando referidas no prontuário, apenas para a presença ou não de hidronefrose foi necessária a consulta do exame de imagem (USG, TC ou RNM), sendo considerada presente quando descrita no laudo o

diagnóstico de hidronefrose ou quando referida a presença de dilatação do sistema pielocalicial.

As informações obtidas durante o período de coleta foram armazenadas no banco de dados do programa Microsoft Excel 2010 com dupla entrada para verificar possíveis erros de digitação. Após verificação de inconsistências, foi entregue uma nova lista para reavaliação de prontuários. Os dados foram analisados no Programa R 3.4.3 ano 2018. Para análise das variáveis numéricas, foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão e, para as variáveis categóricas, foram utilizados os testes qui-quadrado de associação e exato de Fisher, quando pertinentes. Foi considerado estatisticamente significativo $p\text{-value} \leq 0,05$.

RESULTADOS

Dentre as 185 pacientes, a amostra foi composta por mulheres na faixa etária de 18 a 92 anos, com média de 48.08 e mediana de 47. Em relação à procedência, o predomínio foi do interior de Pernambuco (39.67%), seguida da Região Metropolitana de Recife (34.24%). A maioria das participantes se autodenominava da raça parda (67.03%), 40% eram solteiras e 36.76% casadas ou em união estável. Em se tratando de escolaridade, a maior parte das pacientes era alfabetizada (32.07%), mas não possuíam ensino fundamental completo. A profissão doméstica era ocupação da maioria das pacientes (65.57%). Com relação aos hábitos de vida, a maioria das pacientes não são tabagistas (60.33%), nem etilistas (61.96%). (Tabela 1)

Foi observado que 84.86% e 81.08% das pacientes apresentaram entre o diagnóstico e tratamento metrorragia e dor em baixo ventre, respectivamente. A frequência de corrimento vaginal foi de 43.24% e a de corrimento retal foi de 18.92%. A presença de hidronefrose confirmada por exames de imagens foi de 23.67%, levando em consideração que 16 pacientes não realizaram exames. 10 pacientes (5.41%) foram a óbito. Das 59 pacientes que apresentavam vida sexual ativa, 49.15% apresentaram dispareunia e 47.46% sangramento durante ou após o coito. (Tabela 2)

Em relação ao prazo estabelecido pela Lei N° 12.732 de 60 dias entre o diagnóstico confirmado de câncer no serviço público e o início de tratamento, foi observado que o prazo médio de tempo foi de 92.07 dias, mediana de 77, mínimo de 0 e máximo de 339 dias e que maioria da amostra (65.95%) não o cumpriu. Dentre as pacientes que não atrasaram, a média em dias foi de 37.18 (DP 16.91) e mediana de 40.50. E dentre as que extrapolaram o prazo, a média de dias foi de 120.27 (DP 61.47) e mediana de 103. (Tabela 3)

Foi verificado que dentre as pacientes que atrasaram (N=122), 82.79% apresentavam metrorragia e 81.97% dor em baixo ventre, 42.62% corrimento vaginal, 20.49% corrimento retal, 22.94% hidronefrose e 6.56% foram a óbito. Dentre as pacientes que apresentaram vida sexual ativa e tiveram o tempo do prazo superior a 60 dias (N=42), 50% apresentaram sangramento após o coito e 42.86% apresentaram dispareunia. Já entre as pacientes que não atrasaram (N=63), 88.89% apresentaram metrorragia, 79.37% dor em baixo ventre, 44.44% corrimento vaginal, 15.87% corrimento retal, 25.00% hidronefrose e 3.17% foram a óbito. Dentre as pacientes que apresentaram vida sexual ativa e obedeceram ao prazo (N=17), 41.18% apresentaram sangramento após coito e 64.71% apresentaram dispareunia. Os dados observados sobre a relação das características clínicas e cumprimento ou não do prazo, além seus respectivos p-value estão dispostos na Tabela 4.

Dentre as 119 pacientes que ultrapassaram o prazo estabelecido e iniciaram o tratamento (três pacientes evoluíram para óbito antes de iniciar o tratamento), 49 (41.18%) tiveram como primeiro tratamento a teleterapia, 25 (21.01%) realizaram cirurgia e apenas 1 (0.84%) iniciou a teleterapia no mesmo dia em que foi submetida à cirurgia, 24 (20.17%) iniciaram com quimioterapia, 19 (15.97%) com a combinação de teleterapia e quimioterapia e 1 (0.84%) com braquiterapia. Já dentre as pacientes que não atrasaram (N=63), 26 (41.27%) foram submetidos à quimioterapia como primeiro tratamento, 18 (28.57%) fizeram teleterapia, 6 (9.52%) iniciaram a quimioterapia e a teleterapia no mesmo dia e 13 (20.63%) realizaram inicialmente a cirurgia. (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Na região Nordeste, o câncer do colo do útero (CCU) se destaca como o primeiro mais incidente, com 23.97 casos a cada 100.000 mulheres. Espera-se que, em Recife, no ano de 2018, surjam cerca de 180 novos casos.⁸ Em nosso estudo, durante o período de 2015 a 2017, foram diagnosticados mais de 185 novos casos de CCU somente no IMIP, deixando de serem computados os dados de outros serviços de saúde de referência na região, reconhecidos por receberem elevado número de casos a cada ano.

Destes casos novos de CCU, a média de idade das pacientes foi de 48.08 anos e a raça autodeclarada mais frequente foi a parda. Os dados estão em concordância com um estudo realizado em São Paulo entre os anos de 2000 e 2009, que encontrou uma média de idade de 49.2 anos, com predomínio de mulheres pardas (47.9%).⁹

Outro dado epidemiológico que merece ser discutido é que parece bem estabelecido na literatura que o câncer de colo de útero afeta principalmente mulheres com menor nível socioeconômico e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.¹⁰ Podemos observar isso em nosso estudo, onde a condição socioeconômica foi expressa pela sua relação com a escolaridade, sendo a maior parte (32.07%) da amostra apenas alfabetizada, com ensino fundamental incompleto. Esses dados estão em concordância com pesquisas que verificaram que as pacientes têm poucos anos de estudo (4-7 anos)¹¹, com primeiro grau incompleto¹². Outro dado que pode estar relacionado é a ocupação, tendo em vista que no presente estudo grande parte da amostra (65.57%) trabalha como doméstica, uma profissão reconhecidamente de baixa remuneração. Além disso, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde pode ser avaliada quanto à proximidade dos pacientes com o serviço em questão. Nesse contexto, no presente estudo, a minoria das

pacientes (26.09%) habitava na cidade do Recife, sendo a maioria (39.67%) procedente do interior de Pernambuco.

Reconhecendo as tentativas de diminuir as taxas de neoplasia maligna e complicações, é válido ressaltar a importância dos planos de ação já realizados. No ano de 1984, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que propunha o cuidado para além da tradicional atenção exclusiva ao ciclo gravídico-puerperal, com destaque para a prevenção do câncer de colo de útero.¹³ Apesar disso, apenas em 2014 foi lançado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que iniciou a campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o vírus HPV, fator de risco estabelecido para o desenvolvimento do câncer cervical.¹⁴

Já com o objetivo de melhorar as ações diagnósticas, no ano de 2013, foi redefinido a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), que consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação do exame citopatológico do colo de útero por meio do acompanhamento dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS.¹⁵

Seguindo essa ideia de melhora nas ações diagnósticas e terapêuticas, no período de 2005 a 2007, foi criado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama, que propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas.¹⁶ Ainda, em 2013, com o intuito de facilitar o controle sobre as neoplasias no Brasil, a Portaria nº 3.394/2013 instituiu o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)¹⁷, uma versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA).

Em 2011, a priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada com o lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer.¹⁸ Ainda, observando-se o largo intervalo para início de tratamento de neoplasias malignas, em 2012, foi decretado, por meio da Lei N° 12.732, que o paciente tem o direito de receber o primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no prazo de até 60 dias contados a partir do dia que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em que se der o registro do diagnóstico no prontuário do paciente.^{5,6}

Contudo, apesar desses programas englobarem tentativas de melhorar tanto a prevenção, quanto o diagnóstico e tratamento, o retardo para início de qualquer um deles resulta no óbito por câncer de colo de útero e, o que parece mais preocupante, as mulheres sofrem com as complicações decorrentes da fase tardia da doença.

Em relação ao tempo decorrido entre o diagnóstico e tratamento do CCU, objetivo principal de avaliação do nosso estudo, observamos que a maioria da amostra (65.95%) não cumpriu o prazo preconizado pelo Ministério da Saúde de 60 dias entre o diagnóstico e tratamento, com média de tempo de 92.07 dias. Sobre os malefícios da espera ao método terapêutico do câncer cervical, a literatura ainda é contraditória. Um estudo realizado em Israel¹⁹ não associa o atraso para início de tratamento a desfechos desfavoráveis, tendo como possível explicação o maior tempo associado à revisão de exames que favorecem um tratamento efetivo para as pacientes com neoplasia cervical. Já numa pesquisa realizada em Ottawa²⁰, é defendido que a demora do tratamento esteja associada com piores prognósticos.

Quanto às características clínicas, as mais presentes foram a metrorragia (84.86%) e a dor em baixo ventre (81.08%), em concordância com a literatura^{21,22} que coloca esses sintomas em destaque. Em relação ao prazo, foi verificado que, dentre as

pacientes que o ultrapassaram (N=122), 101 (82.79%) apresentavam metrorragia e 100 (81.97%) dor em abdome inferior. Outro desfecho comum foi o corrimento vaginal, presente em 80 (43.24%) pacientes, dentre as que atrasaram o início do tratamento, 52 (42.62%) apresentaram corrimento.

Dentre os distúrbios relacionados à vida sexual, o sangramento pós-coito e a dispareunia devem ser considerados como indicativo de alto risco para câncer de colo uterino.²³ No nosso estudo, dentre as pacientes que dispunham de vida sexual ativa (N=59), 28 (47.46%) referiam sangramento pós-coito e 29 (49.15%) dor durante a relação sexual. Considerando as pacientes que possuíam vida sexual ativa e atraso no início do tratamento (N=42), 21 (50%) apresentaram sangramento após a relação sexual e 18 (42.86%) dispareunia.

Devido às características fisiopatológicas de expansão do câncer cervical, casos mais extremos podem evoluir com sintomas de invasão de estruturas adjacentes, como hidronefrose por obstrução do trato genitourinário, ou hematoquezia pela invasão do reto.³ Levando em consideração que a hidronefrose precisa de exame de imagem comprobatório (USG, TC, RNM), nessa pesquisa, foram identificadas 169 pacientes que apresentavam algum desses exames, sendo descartadas as 16 outras. Dessas 169 pacientes, 40 (23.67%) apresentavam algum sinal de hidronefrose, o que também foi observado em um estudo americano²⁴, onde 23% das pacientes apresentavam essa condição. Ainda, das que atrasaram (N=109), 25 pacientes (22.94%) tiveram hidronefrose confirmada. Já quando a expansão causa invasão posterior, o estudo identificou essa condição pela presença de sangramento retal e 35 pacientes (18.92%) tiveram essa queixa. Ainda, das que atrasaram (N=122), 25 pacientes (20.49%) apresentaram esse sintoma.

A neoplasia cervical representa a terceira maior taxa de mortalidade por câncer na população feminina.²⁵ No estudo, 10 pacientes foram a óbito (5.41%) e, quando relacionado ao prazo de 60 dias, dentre as pacientes que o ultrapassaram (N=122), 8 faleceram. Dentre essas pacientes, 3 não iniciaram nenhum tratamento, tendo sido incluída no presente estudo pois o intervalo entre diagnóstico e data de óbito já era maior que o prazo, sendo o tempo médio de 94.3 dias.

Ainda, de acordo com um estudo desenvolvido em Taiwan,²⁶ foi descrito que pacientes com um tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento de câncer de colo de útero de 4 meses possuem 2.31 vezes mais risco de irem a óbito. No presente estudo, 35 pacientes tiveram esse tempo maior que 120 dias, representando 28.69% das pacientes que ultrapassaram o prazo. Porém, não foi observada a relação desse intervalo com óbito, visto que apenas uma paciente que faleceu ultrapassou esse tempo.

Em relação ao tratamento da neoplasia cervical, as modalidades de maior eficácia são a cirúrgica, radioterápica e quimioterápica, de acordo com o estadiamento da doença.²⁷ A radioterapia pode ser aplicada em íntimo contato com a região a ser tratada (braquiterapia) ou externa ao organismo (teleterapia).²⁸ No presente estudo, considerando as pacientes que iniciaram o tratamento e que ultrapassaram o prazo (N=119), 41.18% tiveram como primeiro tratamento a teleterapia, modalidade que mais obteve atraso. Dentre essas, a média de tempo até o início da terapêutica é de 94.22 dias (DP=57.84), mínimo de 21 dias e máximo de 309. Na literatura, é bem descrito que um atraso no início da radioterapia pode acarretar em menores chances de sobrevivência para pacientes com câncer cervical²⁰, bem como seu risco de recorrência.²⁹

Foi observada uma relação estatisticamente significativa (p-value= 0.004) quando a primeira modalidade terapêutica foi a quimioterapia. Dentre as pacientes que obedeceram ao prazo, a maioria apresentou esse método como primeiro tratamento

(41.27%). Ainda não é bem estabelecido as indicações de o primeiro tratamento ser a quimioterapia, sendo discutida na literatura³⁰ sua utilização para aumentar o nível de resposta de outras modalidades, como em tumores que deixam de ser inoperáveis com a realização da quimioterapia antes. A associação com o tempo de 60 dias pode ser justificada devido a maior eficácia do setor no serviço em questão, já que quando a primeira opção terapêutica é essa, não parecem existir dificuldades para sua realização, ao contrário da cirurgia e braquiterapia que sofrem a escassez de oferta e, portanto, o paciente sofre com grandes filas na instituição em questão.

O presente estudo foi realizado para avaliar se há um retardo no início de tratamento do câncer de colo de útero e o impacto disso para o paciente. Devido ao restrito número de pacientes, não foi encontrado p-value estatisticamente significante na relação com as características clínicas. Outra limitação advém do fato de que esse estudo foi conduzido em um único hospital, indicando que nossas práticas nem sempre são as mesmas de outros serviços. Entretanto, tem suas vantagens, pois permite a comparação entre pacientes que receberam um tratamento uniforme, seguindo um mesmo protocolo. Além disso, sua natureza retrospectiva e transversal não permite a observação prognóstica dessas pacientes. Porém, é o único estudo realizado na instituição, servindo como base para que haja pesquisas futuras com amostras maiores que relacionem o atraso com os desfechos a longo prazo, verificando o prognóstico das pacientes.

É imperativo que o sistema de saúde tenha meios e organização para viabilizar o encaminhamento das pacientes com diagnóstico para o tratamento com o menor tempo possível, reduzindo assim, a morbimortalidade da doença. Destaca-se a pesquisa exclusiva em prontuários como limitação do presente estudo, já que, por isso, não foram avaliados qual dos aspectos (incapacidade de entendimento sobre a realização do

tratamento e dificuldade de ingresso nos serviços, por exemplo) mais influenciou o atraso encontrado. Assim, sugere-se que sejam realizados estudos com uma amostra prospectiva e com entrevista, a fim de planejar um método intervencionista eficaz.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo revelam que há um atraso significativo do tempo entre diagnóstico e início de tratamento de pacientes com câncer de colo de útero segundo o prazo de 60 dias estabelecido pela Lei Nº 12.732, representando 65.95% da amostra.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA. Estimativa 2016 - Incidência do Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BR>. Acesso em: 02 de julho de 2018.
2. Instituto nacional de câncer. Organização pan-americana de saúde. Ministério da saúde. Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/mortalidadeweb/pages/Modelo03/> 02 de julho de 2018.
3. Diz MDPE, Medeiros RB. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. RevMed (São Paulo). 2009;88(1):7-15.
4. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, Riechelmann R, Kaliks R, Giglio A. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(1): 72-76
5. BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, 2012.
6. BRASIL. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do SUS. Brasília, 2013.
7. Santana PM, Moreira ED, Neves NA, Cunha ABO. Retardo do tratamento de mulheres com câncer do colo de útero. 2016. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) - FIOCRUZ, Salvador, Bahia

8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Disponível: www1.inca.gov.br/estimativa/2018/pernambuco-recife.asp.
9. Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Perfil das Pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012; 58(3): 351-357.
10. Rico AM, Iriart JAB. “Tem mulher tem preventivo”: sentido das práticas preventivas do câncer de colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*. 2013; 29: 1763-1773.
11. Melo WA, Pelloso SM, Alvarenga A, Carvalho MDB. Fatores associados a alterações do exame citopatológico cérvico-uterino no Sul do Brasil. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*. 2017; 17
12. Mascarello, KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer de colo do útero associado ao estadiamento inicial. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 58. 417-426. Mar, 2012.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27p.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Prático Sobre HPV: Guia de Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2013.
15. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). Coordenação de prevenção e vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia – 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: Inca, 2016.
16. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama 2005-2007, 2005.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
18. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero. 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF. Acesso em: 01 de agosto de 2018.
19. Perri T, Issakov G, Ben-Baruch G, Felder S, Beiner ME, Helpman L, Hogen L, Jakobson-Setton A, Korach J. Effect of treatment delay on survival in patients with cervical câncer: a historical cohort study. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2014; 24: 1326-1332.
20. E C, Dahrouge S, Samant R, Mirzaei A, Price J. Radical radiotherapy for cervix cancer: The effect of waiting time on outcome. *International Journal of Radiation Oncology*. 2005; 61 (4): 1071-1077.
21. Santos AMR, Holanda JBL, Silva JMO, Santos AAP, Silva EM. Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres para prevenção. *Rev. Bras Promoç Saúde*. 2015; 28 (2): 153-159.
22. Santana EA, Biselli PM, Biselli JM, Almeida MTG, Bertelli ECP. Câncer cervical: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Arq Ciênc Saúde* 2008; 15 (4): 199-204.
23. Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Janssen CAH, Burgers JS, Opstelten W, De Vries CJH. Sangramento vaginal. *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2014. NHG M28.
24. Patel K, Foster NR, Kumar A, Grudem M, Longenbach S, Bakkum-Gamez J, Haddock M, Dowdy S, Jatoi A. Hydronephrosis in patients with cervical cancer: an assessment of morbidity and survival. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*. 2015. 23 (5). 1303-1309.

25. Hegadoren KM, Radunz V, Souza ML, Farias FP, Silva JCB, Botelho LJ. Mortalidade por câncer de colo uterino, 1996-2011, Santa Catarina, Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23 (4): 836-844.
26. Shen SC, Hung YC, Kung PT, Yang WH, Wang YH, Tsai WC. Factors involved in the delay of treatment initiation for cervical cancer patients. *US National Library of Medicine National Institutes of Health.* 2016; 95 (33): e4568.
27. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tratamento do Câncer de colo do útero. Disponível em:http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterotratamento1. Acesso em: 02 de junho de 2018
28. . Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2003, 49(4): 209-214
29. Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop WJ. The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Radiother Oncol*, 2008, 87 (1): 3-16.
30. Schünemann Jr E, Urban CA, Budel VM. Quimioterapia Neoadjuvante em Câncer Localmente Avançado do Colo do Útero. *RBGO.* 2002; 24(10): 675-680.

TABELAS

Tabela 1 - *Características clínico-epidemiológicas e hábitos de vida dos pacientes diagnosticados com câncer de colo uterino.*

Variáveis	N=185	%
Procedência		
Recife	48	26.09
Região metropolitana	63	34.24
Interior	73	39.67
Raça		
Branco	49	26.49
Pardo	124	67.03
Negra	9	4.86
Desconhecido	3	1.62
Estado conjugal		
Solteira	74	40.00
Casada/união estável	68	36.76
Viúva	22	11.89
Divorciada/separada	16	8.65
Desconhecido	5	2.70
Escolaridade		
Analfabeto	30	16.30
Alfabetizado	59	32.07
Ensino fundamental completo	33	17.93
Ensino médio completo	36	19.57
Ensino superior completo	7	3.80
Desconhecido	19	10.33
Ocupação		
Doméstica	120	65.57
Profissional liberal	11	6.01
Emprego fixo	34	18.58
Aposentada	17	9.29
Desconhecido	1	0.55
Tabagismo		
Não	111	60.33
Sim	27	14.67
Ex-tabagista	46	25.00
Etilismo		
Não	114	61.96
Sim	37	20.11
Ex-etilista	33	17.93

Tabela 2 – *Características clínicas das pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero*

Variáveis	N	%
Metrorragia	N=185	
Sim	157	84.86
Dor em baixo ventre	N=185	
Sim	150	81.08
Corrimento vaginal	N=185	
Sim	80	43.24
Sangramento retal	N=185	
Sim	35	18.92
Hidronefrose	N=169	
Sim	40	23.67
Óbito	N=185	
Sim	10	5.41
Dispareunia	N= 59	
Sim	29	49.15
Sangramento durante ou após coito	N=59	
Sim	28	47.46

Tabela 3 – *Informações sobre o cumprimento ou não do prazo estabelecido pela Lei N° 12.732*

Variável	ATRASO SIM (N = 122) N (dias)	ATRASO NÃO (N = 63) N (dias)
Média	120.27	37.18
Mediana	103	40.50
DP	61.47	16.91
Mínimo	61	0
Máximo	339	60

Tabela 4- *Relação entre características clínicas presentes e cumprimento ou não do prazo estabelecido pela Lei Nº 12.732*

Desfechos clínicos	ATRASSO SIM (N = 122)	ATRASSO NÃO (N = 63)	P-value*
	N (%)	N (%)	
Metrorragia	101 (82.79)	56 (88.89)	0.273
Dor em baixo ventre	100 (81.97)	50 (79.37)	0.649
Corrimento vaginal	52 (42.62)	28 (44.44)	0.813
Sangramento retal	25 (20.49)	10 (15.87)	0.574
Óbito	8 (6.56)	2 (3.17)	0.534
Hidronefrose**	25 (22.94)	15 (25.00)	0.910
Sangramento pós coito***	21 (50)	7 (41.18)	0.744
Dispareunia***	18 (42.86)	11 (64.71)	0.218

* *Qui quadrado e associação*

** *Amostra total composta por 169 pacientes que realizaram exames, considerando que 109 atrasaram e 60 não.*

*** *Amostra total composta por 59 pacientes que possuíam vida sexual ativa, considerando que 42 atrasaram e 17 não.*

Tabela 5- *Relação entre cumprimento ou não do prazo e o primeiro tratamento utilizado.*

Primeiro tratamento	ATRASO SIM (N = 119)		ATRASO NÃO (N = 63)		P-value*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Cirurgia	25 (21.01)		13 (20.63)		0.872
Braquiterapia	1 (0.84)		0 (0.00)		>0.999
Teleterapia	49 (41.18)		18 (28.57)		0.129
Quimioterapia	24 (20.17)		26 (41.27)		0.004
Teleterapia + quimioterapia	19 (15.97)		6 (9.52)		0.3296
Cirurgia + teleterapia	1 (0.84)		0 (0.00)		>0.999

**Qui quadrado e associações*