

**TEMPO PORTA-TRATAMENTO EM MULHERES COM NEOPLASIAS
GINECOLÓGICAS E MAMÁRIAS**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n4-309>

Data de submissão: 30/03/2025

Data de publicação: 30/04/2025

Vivianne Soares Domingos da Silva

Graduanda em Enfermagem.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória.

E-mail: vivianne.sdsilva@ufpe.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7082-2398>

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Doutora.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória.

E-mail: mariana.cbarros@ufpe.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3576-2369>

Viviane de Araújo Gouveia

Doutora.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória.

E-mail: viviane.agouveia@ufpe.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7233-5411>

Gabrielly Laís de Andrade Souza

Doutora.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória.

E-mail: gabrielly.andrade@ufpe.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2078-9574>

Glícia Maria de Oliveira

Doutora.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória.

E-mail: glicia.maría@ufpe.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4415-5931>

Ellen Cristina Barbosa dos Santos

Doutora.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória.

E-mail: ellen.santos@ufpe.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3377-913X>

Augusto Cesar Barreto Neto

Doutor.

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória.

E-mail: augusto.barretont@ufpe.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3608-2780>

Maria da Conceição Cavalcanti de Lira
Doutora.
Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória.
E-mail: maria.cclira@ufpe.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5788-6728>

RESUMO

Introdução: O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, atingindo homens e mulheres. Dentre os cânceres específicos do sistema geniturinário feminino, temos o câncer de vulva, vagina, colo de útero, endométrio e ovário. Além disso, há a predominância de 99% dos casos de câncer de mama em mulheres. Diversos fatores influenciam em um bom prognóstico da doença, entre eles o tempo entre o diagnóstico e o tratamento. **Objetivo:** Analisar o tempo porta-tratamento de mulheres com cânceres femininos atendidas em um hospital universitário em Recife. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa. A amostragem é não probabilística por conveniência e censitária. Foram utilizados dados do RHC do HC/UFPE/EBSERH, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021, a amostra final foi composta por 774 registros. A análise foi baseada em técnicas de estatística descritiva, como frequências absolutas e relativas, médias e desvio-padrão. **Resultados e Discussão:** O tempo porta-tratamento variou significativamente entre os diferentes tipos de câncer, sendo mais prolongado para pacientes com câncer de vulva e mais curto para aquelas com câncer de ovário. **Conclusão:** Estratégias como a conscientização dos profissionais para preenchimento completo dos prontuários e a utilização de prontuários eletrônicos são fundamentais. A identificação de pacientes com longos tempos de espera, através do tempo porta-tratamento, reforça a necessidade de otimizar a triagem, agilizar o diagnóstico e garantir um início de tratamento mais rápido para reduzir a morbimortalidade associada ao câncer.

Palavras-chave: Tempo para o Tratamento. Epidemiologia. Neoplasias dos Genitais Femininos. Neoplasias da Mama. Oncologia.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um grupo com mais de cem doenças, caracterizadas pela proliferação desordenada de células com mutações e invasão a tecidos e órgãos adjacentes. As células geneticamente alteradas geram tumores malignos, afetando a regulação fisiológica do organismo e trazendo uma diversidade de sinais e sintomas. (INCA, 2020)

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e a segunda principal causa de morte no mundo, atrás da doença arterial coronariana, e deverá se tornar a principal causa até 2060 (Schwartz, 2024). A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico. (Capelli et al., 2023)

Os gêneros e o sexo biológico desempenham papéis importantes no desenvolvimento oncológico. Estudos apontam que as desigualdades de gênero também contribuem para o aumento do risco de alguns grupos de câncer em mulheres, afetando o acesso à prevenção, detecção e tratamento da doença (Haupt et al., 2021). Dentre os cânceres que atingem as mulheres, há aqueles específicos do sistema genitor feminino, os quais são câncer de vulva, câncer de vagina, câncer de colo de útero, câncer endometrial ou de corpo do útero, câncer de útero não especificado e câncer de ovário. Ademais, um câncer predominante, mas não exclusivo, do sexo feminino é o câncer de mama. (INCA, 2020)

As causas do câncer são multifatoriais e incluem, além da genética, fatores ambientais e comportamentais. Estudos apontam que aspectos biológicos, clínicos e terapêuticos influenciam um prognóstico mais favorável, resultando em melhor resposta ao tratamento e maior chance de sobrevida. O diagnóstico precoce, o estadiamento da doença, o estado geral do paciente, o tempo porta-tratamento e o acesso adequado ao tratamento estão entre os principais determinantes de melhores desfechos. (Brito et al., 2024)

O tempo porta-tratamento corresponde ao intervalo entre o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde e o início do tratamento oncológico. Sua mensuração pode ocorrer de diferentes formas, considerando, por exemplo, o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento ou entre o diagnóstico conclusivo e o início da terapia. É um fator crucial na sobrevida do paciente, impactando a terapêutica e o prognóstico. (Sobral et al., 2022)

A Lei Federal n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012, popularmente conhecida como “a Lei dos 60 dias”, determina o início do tratamento oncológico em até 60 dias após a confirmação diagnóstica. (Brasil, 2012) Entretanto, reduzir esse tempo ainda é um dos principais desafios da

saúde pública nacional, visto que diversas questões permeiam, como a infraestrutura institucional, o acesso aos exames diagnósticos e a quantidade insuficiente de profissionais especializados conforme a demanda. (Brasil et al., 2025)

A vigilância do câncer, dentro das ações de controle de doenças não transmissíveis, baseia-se em dados de morbimortalidade obtidos pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registros Hospitalares de Câncer (RHC), Sistema de Informações sobre Câncer (SISCAN), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), fornecendo os subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações para o controle de câncer, bem como o direcionamento da pesquisa em câncer. (INCA, 2023)

No Brasil, a regulamentação do RHC foi instituída através da Portaria nº 741/2005, com o objetivo de padronizar e estratificar os dados sobre pacientes oncológicos no país (Brasil, 2005). Além disso, a Portaria nº 1.399/2019, que redefine a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no SUS, destaca o fortalecimento da detecção precoce, a garantia de acesso a tempo e em tempo integral ao tratamento adequado, o monitoramento contínuo dos casos e o incentivo a pesquisas na área. (Brasil, 2019)

Portanto, é pertinente compreender o panorama do tempo porta-tratamento de pacientes oncológicos nos serviços de saúde, analisando a eficiência do fluxo assistencial e identificando possíveis lacunas no atendimento. Ademais, investigações são necessárias para gerenciar estratégias, gerar indicadores de saúde e fornecer noções de subsídios para políticas públicas e aprimoramento dos protocolos institucionais.

Diante disso, o estudo tem como objetivo analisar o tempo porta-tratamento de mulheres com cânceres femininos atendidas em um hospital universitário em Recife, considerando tanto a análise geral quanto a estratificação por estadiamento.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo trata-se de uma pesquisa ecológica, retrospectiva e descritiva, com abordagem quantitativa.

2.2 CASUÍSTICA

Os dados foram disponibilizados pelo setor de Registro Hospitalar de Câncer do HU disponíveis no software SISRHC, uma ferramenta para registro e processamento dos arquivos.

A amostra é composta por pacientes do sexo biológico feminino, diagnosticadas com câncer de mama, vulva, vagina, útero, endométrio e ovário, acompanhadas em um Hospital Universitário (HU) em Recife no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021. A amostragem é não probabilística por conveniência e censitária. Obtivemos um total de 1006 registros na amostra inicial. Foram excluídas da amostra as pacientes que iniciaram tratamento em outra instituição; diagnóstico de câncer de útero não especificado; pacientes que recusaram ou abandonaram o tratamento; registros duplicados ou inconsistentes; pacientes do sexo masculino com câncer de mama; pacientes em estágio terminal ou paliativo no momento do diagnóstico e/ou óbito antes do início do tratamento. A amostra final foi constituída por 774 registros notificados na base de dados do Registro Hospitalar de Câncer.

Inicialmente, o estudo considerava o câncer de útero não especificado como uma das categorias analisadas. No entanto, essa classificação apresentou apenas dois casos em um período de cinco anos, o que inviabiliza a obtenção de medidas descritivas representativas.

2.3 LEVANTAMENTO DE DADOS

Um formulário de elaboração própria foi utilizado como instrumento de coleta de dados, previamente validado baseado nas seguintes variáveis: idade, sexo, data da primeira consulta, data do diagnóstico, localização do tumor primário, estadiamento, data do primeiro tratamento, razão para não realizar tratamento no hospital, data do óbito e causa básica do óbito. O instrumento foi fundamentado na Ficha de Registro de Tumor do RHC.

A técnica realizada foi coleta manual para a extração das informações relevantes. Posteriormente, os dados foram organizados em uma planilha eletrônica para subsequente tabulação e análise.

2.4 ESTRATIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A variável idade foi categorizada em anos. O tipo de câncer foi categorizado segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), um sistema padronizado da Organização Mundial de Saúde (OMS) para classificar patologias. Assim, foi descrito o câncer de mama (CID C50), câncer de vulva (CID C51), câncer de vagina (CID C52), câncer de colo de útero (CID C53), câncer endometrial ou corpo do útero (CID C54) e câncer de ovário (CID C56). (OMS, 2013)

O estadiamento foi classificado segundo o sistema FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), pontuado por estágios numéricos progressivos (I, II, III e IV), de acordo com a extensão e progressão tumoral. O estágio I refere-se ao tumor localizado no órgão de origem. No estágio II, há a invasão tumoral para estruturas próximas. No estágio III, observa-se uma

disseminação a nível regional, como linfonodos. No estágio IV, o tumor está avançado, progredindo para metástase de órgãos distantes.

O tempo porta-tratamento foi categorizado em dias, analisando o intervalo entre a data do diagnóstico e a data do início do tratamento.

2.5 TABULAÇÃO E ANÁLISE

A tabulação foi realizada pelo software Google Sheets, no qual ocorreu a inserção, organização dos dados e elaboração das tabelas correspondentes, utilizando técnicas de estatística descritiva, como frequências absolutas e relativas, médias e desvio-padrão. Para garantir a confiabilidade dos dados, foi realizada dupla conferência das informações inseridas, minimizando possíveis erros de transcrição. Os gráficos foram gerados através do software Google Colab, uma ferramenta que permite rodar código Python diretamente no navegador, utilizando scripts programados para a análise dos dados.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

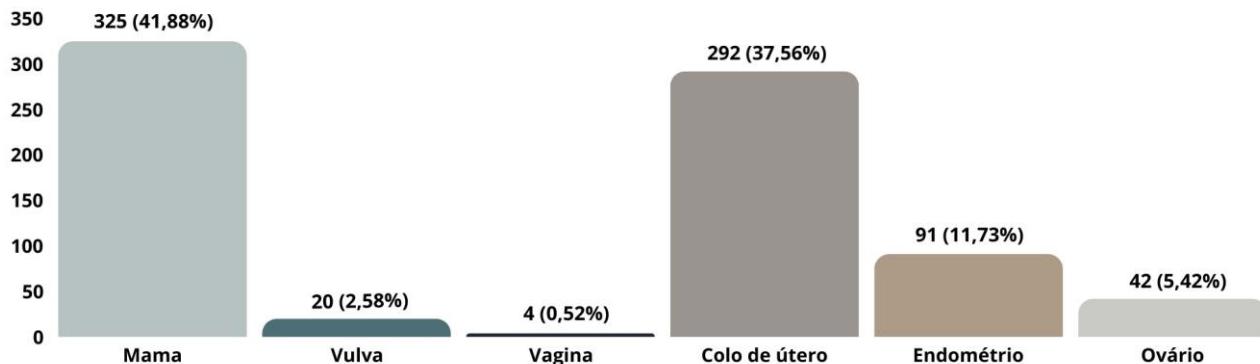
O artigo faz parte da pesquisa intitulada “Perfil Epidemiológico dos Casos de Cânceres do Estado de Pernambuco Registrados no Hospital das Clínicas da UFPE”. O estudo foi conduzido, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/EBSERH/UFPE) (CAAE: 73432123.4.0000.8807), sob o parecer 6.280.044.

O sigilo das informações dos participantes foi rigorosamente respeitado, garantindo a confidencialidade dos dados, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os custos desta pesquisa foram financiados exclusivamente pelo próprio pesquisador, sem vínculo com agências de fomento ou instituições externas.

3 RESULTADOS

O estudo totalizou 774 casos, entre os quais o câncer de mama foi o mais prevalente, com 325 casos, seguido pelo câncer de colo do útero, com 292 casos, conforme indicado na Figura 1. O câncer endometrial apresentou um número significativo de casos, 91. O câncer de ovário revelou um total de 42 casos. No entanto, os cânceres de vulva e vagina não tiveram um número amostral expressivo com 20 e 4 casos, respectivamente.

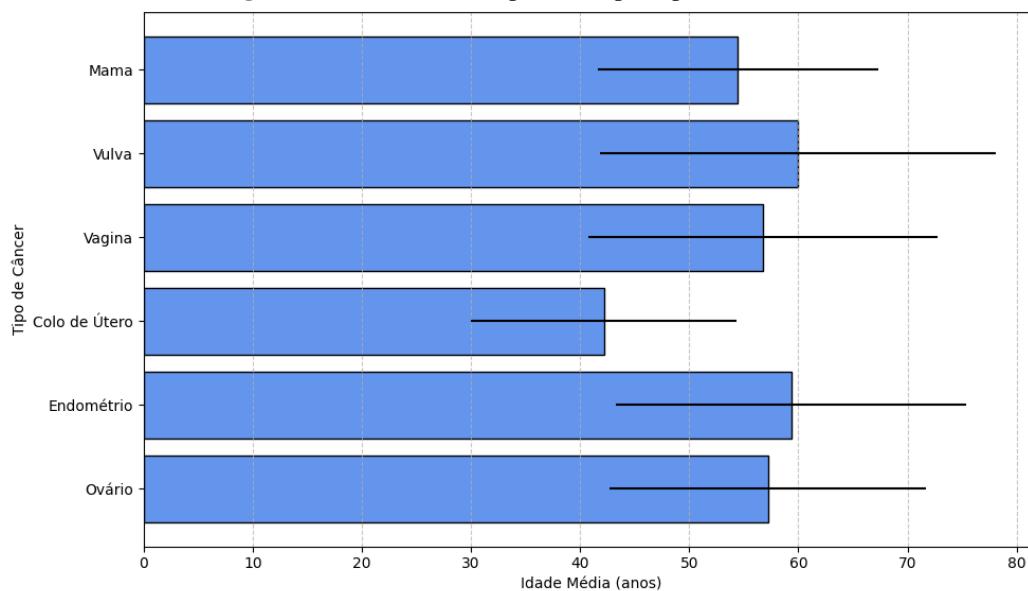
Figura 1. Frequência absoluta e relativa dos cânceres de mama e ginecológicos



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do RHC/HC/EBSERH/UFPE, 2025

A idade média das pacientes variou entre os diferentes tipos de câncer. Para o câncer de mama, a média foi de 54,47 anos ($DP \pm 12,82$), enquanto para o câncer de vulva foi de 59,95 anos ($DP \pm 18,12$). Nos casos de câncer de vagina, as idades registradas foram 42, 68, 44 e 73 anos, resultando em uma média de 56,75 anos ($DP \pm 16,03$). O câncer de colo de útero apresentou uma idade média de 42,17 anos ($DP \pm 12,17$), e o câncer endometrial, 59,34 anos ($DP \pm 16,03$). Já o câncer de ovário teve uma idade média de 57,24 anos ($DP \pm 14,50$). Com isso, observa-se que os cânceres femininos foram prevalentes na faixa da meia idade.

Figura 2. Idade média das pacientes por tipo de câncer



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do RHC/HC/EBSERH/UFPE, 2025

Observou-se uma predominância de pacientes autodeclaradas pardas em todos os tipos de câncer ginecológico analisados. No câncer de mama, a maioria das pacientes era parda (62,77%), seguida pelas brancas (26,77%) e pretas (7,38%). No câncer de colo do útero, a tendência se manteve,

com 66,44% de pardas, 21,58% de brancas e 8,90% de pretas. No câncer endometrial, 65,93% das pacientes também se autodeclararam pardas, enquanto 26,37% eram brancas. O câncer de ovário apresentou 69,05% de pacientes pardas, seguido por 16,67% de brancas. Para o câncer de vulva, 55% eram pardas e 40% brancas. Notavelmente, no câncer de vagina, 100% das pacientes foram classificadas como pardas. A raça indígena esteve presente em apenas dois casos: um de câncer de mama e outro de colo uterino. A raça amarela foi identificada em apenas dois casos de câncer de colo do útero (0,68%). A proporção de registros com ausência de informação variou entre 2,05% e 7,14% nos diferentes tipos de câncer, indicando lacunas no preenchimento de dados raciais nos prontuários analisados.

Tabela 1. Distribuição da raça/cor conforme o tipo de câncer
Câncer de mama

Raça	N	%
Branca	87	26,77
Preta	24	7,38
Parda	204	62,77
Indígena	1	0,31
Sem informação	9	2,77

Câncer de vulva

Raça	N	%
Branca	8	40
Parda	11	55
Sem informação	1	5

Câncer de vagina

Raça	N	%
Parda	4	100

Câncer de colo de útero

Raça	N	%
Branca	63	21,58
Preta	26	8,90
Amarela	2	0,68

Parda	194	66,44
Indígena	1	0,34
Sem informação	6	2,05

Câncer endometrial

Raça	N	%
Branca	24	26,37
Preta	3	3,30
Parda	60	65,93
Sem informação	4	4,40

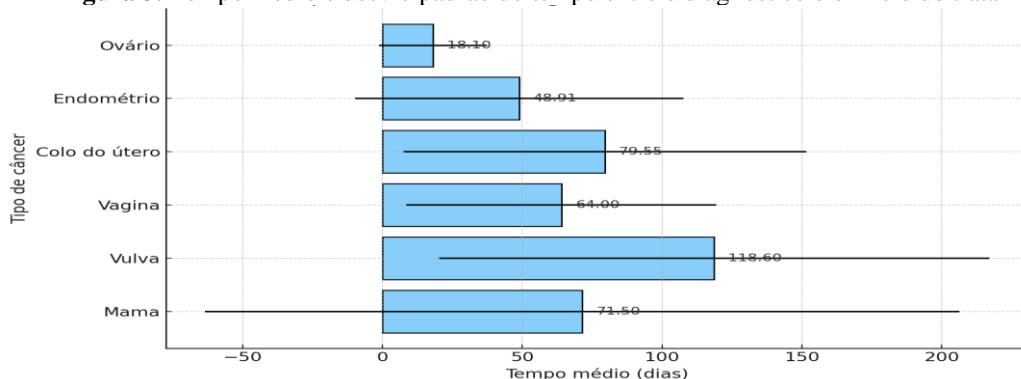
Câncer de ovário

Raça	N	%
Branca	7	16,67
Preta	3	7,14
Parda	29	69,05
Sem informação	3	7,14

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do RHC/HC/EBSERH/UFPE, 2025

O tempo porta-tratamento foi inicialmente analisado por meio da média de dias entre o diagnóstico e o início do tratamento. Para os casos de câncer de mama, o tempo médio foi de 71,50 dias ($DP \pm 134,89$). Pacientes com câncer de vulva apresentaram uma média de 118,6 dias ($DP \pm 98,35$), enquanto aqueles com câncer de vagina tiveram um tempo médio de 64 dias ($DP \pm 55,39$). Para o câncer de colo de útero, o tempo médio foi de 79,55 ($DP \pm 71,97$). O câncer endometrial registrou uma média de 48,91 dias ($DP \pm 58,76$). Já para o câncer de ovário, o tempo médio foi de 18,10 dias ($DP \pm 19,31$). (Figura 3)

Figura 3. Tempo médio e desvio padrão do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do RHC/HC/EBSERH/UFPE, 2025

A análise conforme o estadiamento da doença, apresentada na Tabela 1, foi realizada utilizando técnica de média e desvio padrão para os grupos, com exceção do câncer de vulva e do câncer de útero não especificado, os quais possuem um número amostral reduzido. Nesses casos, utilizamos a quantidade mínima e máxima de dias do tempo porta-tratamento de cada estadiamento.

Tabela 2. Tempo porta-tratamento conforme o estadiamento do câncer

Câncer de mama			
Estadiamento	N	Média de Dias	Desvio Padrão
Estágio I	22	64,82	74,99
Estágio II	57	61,41	76,75
Estágio III	69	45,30	78,04
Estágio IV	25	38,50	43,32
Sem informação*	152	-	-
Câncer de vulva			
Estadiamento	N	Mínimo de Dias	Máximo de Dias
Estágio I	2	56,5	68,58
Estágio II	1	166	-
Estágio III	3	28	95
Estágio IV	1	118	-
Sem informação*	13	-	-
Câncer de colo de útero			
Estadiamento	N	Média de Dias	Desvio Padrão
Estágio I	5	86	72,01
Estágio II	16	92,4	58,62
Estágio III	35	79,86	52,80
Estágio IV	22	61,95	68,01
Sem informação*	214	-	-
Câncer endometrial			
Estadiamento	N	Média de dias	Desvio Padrão
Estágio I	10	46,63	46,21
Estágio II	9	58,71	57,09

Estágio III	16	39,92	48,00
Estágio IV	6	50,67	23,33
Sem informação*	50	-	-

Câncer de ovário

Estadiamento	N	Média de dias	Desvio Padrão
Estágio I	4	24,50	11,15
Estágio III	8	29,50	11,82
Estágio IV	12	22,36	34,43
Sem informação*	18	-	-

*O banco de dados não continha informações referentes ao estadiamento. **Fonte:** Elaborado pelos autores a partir dos dados do RHC/HC/EBSERH/UFPE, 2025

Não foi possível apresentar a análise referente ao câncer de vagina, em virtude de não haver informações sobre o estadiamento nos quatro casos registrados.

4 DISCUSSÃO

Acerca da idade média das pacientes, em todos os tipos de neoplasias, com exceção do câncer de vulva, a maior prevalência ocorreu na faixa etária correspondente à meia-idade (40 a 59 anos), conforme as categorias etárias usualmente adotadas em epidemiologia. O câncer de vulva apresentou maior prevalência entre a população idosa. Esses achados estão em concordância com os dados disponíveis na literatura. (Siegel et al., 2022)

Segundo o Cancer Research UK (2025), mais de 40% dos casos de câncer de vulva ocorrem em mulheres com 75 anos ou mais. Além disso, pacientes idosas frequentemente apresentam comorbidades como hipertensão, obesidade e diabetes, o que pode influenciar no estadiamento e no tratamento.

A predominância de pacientes autodeclaradas pardas nos diferentes tipos de câncer ginecológico observada neste estudo está em consonância com o perfil demográfico da população brasileira, especialmente nas regiões com maior representatividade dessa classificação racial. No entanto, é importante destacar que a cor ou raça, enquanto marcador social, pode refletir desigualdades estruturais no acesso aos serviços de saúde, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Estudos indicam que mulheres negras e pardas, frequentemente inseridas em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica, enfrentam barreiras mais expressivas na rede de atenção oncológica, o que pode repercutir negativamente nos desfechos clínicos (Gaddy et al., 2022). A sub-

representação de mulheres brancas e pretas em algumas categorias pode também estar associada a dificuldades no registro adequado da variável raça/cor nos sistemas hospitalares.

Uma pesquisa publicada no Journal of Racial and Ethnic Health Disparities evidenciou que mulheres negras apresentaram um risco 44% maior de incidência de câncer do colo do útero em comparação com mulheres brancas, além de uma taxa de mortalidade 27% superior. Essas disparidades são atribuídas a fatores como menor cobertura de programas de rastreamento, acesso limitado a tratamentos de qualidade e condições socioeconômicas desfavoráveis. (De Melo et. al., 2023)

A elevada proporção de registros com raça "sem informação" ou ausente em certos tipos de câncer reforça a necessidade de aprimoramento na coleta e sistematização de dados nos serviços de saúde. A não notificação de variáveis fundamentais, como raça/cor, compromete a análise epidemiológica e dificulta a formulação de políticas públicas equitativas. Além disso, impede a identificação de possíveis disparidades raciais no tempo porta-tratamento das pacientes.

A análise descritiva do tempo porta tratamento mostrou grande variabilidade nos tempos porta-tratamento, o que pode indicar diferenças no acesso ao tratamento de acordo com o tipo de câncer. O câncer de mama, com um tempo médio de 71,50 dias, mostra um atraso para implementação da terapia. Um estudo de coorte retrospectivo com 540.529 pacientes, publicado no INCA, revelou uma mediana de 63 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento nesse câncer, com variação interquartil de 36 a 109 dias, indicando que uma parcela significativa das pacientes não inicia o tratamento dentro do período preconizado (Medeiros et al., 2022). O atraso no tratamento pode estar relacionado a diversos fatores, incluindo barreiras no acesso aos serviços de saúde, sobrecarga do sistema público e a necessidade de exames complementares para definição terapêutica (Ferreira et al., 2020).

O câncer de vulva obteve o maior tempo, com uma média geral de 118,6 dias. Alguns fatores podem estar relacionados a essa diferença, como a necessidade de exames complementares para a definição da terapia, uma vez que o câncer de vulva frequentemente se manifesta como lesões crônicas, podendo ser confundido com doenças dermatológicas. Além disso, esse tipo de neoplasia é menos estudado em comparação com outros cânceres mais prevalentes. Geralmente, o tratamento tem indicação cirúrgica, por vezes com terapia neoadjuvante associada, o que prolonga o início do tratamento devido aos fatores intrínsecos ao procedimento cirúrgico não emergente. (Tan et al., 2019) O câncer de vagina apresentou um tempo porta-tratamento médio de 64 dias. Estudos apontam que o câncer de vagina é uma neoplasia rara, correspondendo a menos de 2% dos tumores ginecológicos (Siegel et al., 2022), o que pode contribuir para atrasos no diagnóstico. A ausência de

programas de rastreamento específicos para esse tipo de câncer pode dificultar sua detecção precoce, tornando os casos mais avançados e complexos no momento do tratamento (Kulkarni et al., 2022).

Porém, mesmo diante desses fatores, a maioria das pacientes iniciou o tratamento em um período razoável.

O tempo médio do câncer de colo de útero foi de 79,55 dias. O tempo relativamente elevado para o câncer de colo do útero pode estar relacionado à necessidade de múltiplas etapas diagnósticas, como colposcopia, biópsia e exames de imagem para definição do estadiamento e tratamento (Corrêa et al., 2022). O fortalecimento da atenção primária, a ampliação do rastreamento com o exame citopatológico e a otimização do fluxo assistencial podem contribuir para a redução dos atrasos e melhoria dos desfechos clínicos.

O câncer endometrial apresentou tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento de 48,91 dias. A menor média de tempo, em relação a outros tipos de câncer analisados, pode estar associada ao fato de que a maioria dos casos é diagnosticada em estágios iniciais, quando os sintomas, como sangramento uterino anormal, levam as pacientes a buscar atendimento precocemente (Koh et al., 2018).

O câncer de ovário é o mais agressivo e com o pior prognóstico do recorte deste estudo, requerendo intervenção rápida, no qual frequentemente, apresenta-se em estágios mais avançados e com sintomatologia. Estudos indicam que, embora atrasos no início do tratamento sejam preocupantes, a agressividade biológica do tumor pode ter um impacto maior na sobrevida do que o próprio tempo porta-tratamento (Zhao et al., 2024). Portanto, o tempo porta-tratamento reduzido desse estudo, pode estar associado à agressividade no diagnóstico e necessidade de intervenção cirúrgica ou neoadjuvante imediata.

Todos os cânceres apresentaram um desvio padrão elevado, devido às características da amostra. Com relação ao tempo ideal preconizado pela legislação, apenas as neoplasias de endométrio e ovário obtiveram médias dentro dos 60 dias. O câncer de vagina chegou próximo, mas seu número amostral foi baixo, ocorrendo menos interferências e variações. Portanto, casos mais avançados e neoplasias menos incidentes tendem a demandar avaliações mais detalhadas e planejamento terapêutico multidisciplinar, o que pode justificar tempos maiores em alguns cenários.

A ausência de informações no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) apresenta um desafio para a análise epidemiológica e para a definição de estratégias de controle da doença. Essa subnotificação afeta negativamente a gestão hospitalar e, consequentemente, as políticas públicas em saúde, comprometendo a qualidade das pesquisas e dificultando a avaliação da efetividade das condutas terapêuticas.

A substituição progressiva dos prontuários manuais por sistemas informatizados têm demonstrado melhorias na qualidade dos registros em saúde, especialmente no que se refere a dados completos, padronização e disponibilidade dos dados. No presente estudo, a recorrente ausência de informações relevantes pode ser atribuída, em parte, à utilização de prontuários físicos, os quais apresentam maior vulnerabilidade a falhas de preenchimento, ilegibilidade e perdas documentais. Os sistemas eletrônicos, por outro lado, oferecem maior acurácia e rastreabilidade, além de exigirem o preenchimento obrigatório de variáveis-chave, o que contribui para a construção de bancos de dados mais robustos e consistentes, para subsidiar tanto análises epidemiológicas quanto a formulação de políticas públicas em oncologia. (Asih, Indrayadi, 2024)

5 CONCLUSÃO

Os principais achados obtidos demonstram que o tempo porta-tratamento variou significativamente entre os diferentes tipos de câncer, sendo mais prolongado para pacientes com câncer de vulva e mais curto para aquelas com câncer de ovário. Apenas os cânceres de endométrio e ovário apresentaram uma taxa média do tempo de início do tratamento abaixo dos 60 dias após a confirmação diagnóstica, conforme legislação brasileira. Certos tipos de câncer apresentaram amostras reduzidas, o que indica a importância de ampliar o período de análise em futuras pesquisas.

Portanto, estratégias para o preenchimento e notificação das informações do paciente, bem como treinamento contínuo dos profissionais responsáveis pelo registro são fundamentais. A identificação de pacientes com longos tempos de espera, através do tempo porta-tratamento, reforça a necessidade de otimizar a triagem, agilizar o diagnóstico e garantir um início de tratamento mais rápido para reduzir a morbimortalidade associada ao câncer.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n.º 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 no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, nov. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Institui a Rede Nacional de Câncer (RHC). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2019/prt1399_19_12_2019.html. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRITO, B. T.; SÁ, A. J. M.; SANTOS, P. H. O. S.; NOVAES, C. O. L.; GOMES, K. A. Análise geral do diagnóstico, tratamento e prognóstico do câncer de mama no Brasil: uma revisão sistemática. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.] , v. 5, pág. e2913545748, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i5.45748. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/45748>. Acesso em: 15 mar. 2025.

CANCER RESEARCH UK. Vulval cancer incidence. Disponível em: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/vulval-cancer/incidence>. Acesso em: 15 abr. 2025.

CAPELLI, C. C.; YONEGURA, W. H. T. Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de mama entre 30 e 40 anos em um hospital de referência no Oeste do Paraná. *Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences*, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 2682-2696, 28 set. 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n4p2682-2696. Disponível em: <https://bjih.sennuvens.com.br/bjihs/article/view/583>. Acesso em: 17 mar. 2025.

CORRÊA, F. M.; MIGOWSKI, A.; ALMEIDA, L. M. de; SOARES, M. A. Cervical cancer screening, treatment and prophylaxis in Brazil: current and future perspectives for cervical cancer elimination. *Frontiers In Medicine*, [S.L.], v. 9, p. 2525-5255, 24 ago. 2022. DOI: 10.3389/fmed.2022.945621. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2022.945621/full>. Acesso em: 17 mar. 2025.

DE MELO, A. C. et al. Population-Based Trends in Cervical Cancer Incidence and Mortality in Brazil: Focusing on Black and Indigenous Population Disparities. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 17 jan. 2023.

FERREIRA, N. A. S.; SCHOUERI, J. H. M.; SORPRESO, I. C. E.; ADAMI, F.; FIGUEIREDO, F.W. S. Waiting Time between Breast Cancer Diagnosis and Treatment in Brazilian Women: an analysis of cases from 1998 to 2012. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, [S.L.], v. 17, n. 11, p. 4030, 5 jun. 2020. DOI: 10.3390/ijerph17114030. Disponível em: <https://bjih.sennuvens.com.br/bjihs/article/view/583>. Acesso em: 17 mar. 2025.

GADDY, J. J. et al. Evaluation of facilitators and barriers of timely breast cancer care in North Carolina (NC): A qualitative study. *Journal of Clinical Oncology*, v. 40, n. 28_suppl, p. 134–134, 1 out. 2022.

HAUPT, S.; CARAMIA, F.; KLEIN, S. L.; RUBIN, J. B.; HAUPT, Y. Sex disparities matter in cancer development and therapy. *Nature Reviews Cancer*, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 393-407, 20 abr. 2021. DOI: 10.1038/s41568-021-00348-y. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41568-021-00348-y#citeas>. Acesso em: 14 mar. 2025.

HASTIN ATAS ASIH; INDRAYADI INDRAYADI. Transformation from Manual Medical Records to Electronic Medical Records: A Phenomenological Study. *Contagion Scientific Periodical Journal of Public Health and Coastal Health*, v. 6, n. 1, p. 25–25, 15 fev. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 5ed. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-5-edicao.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Registro Hospitalar de Câncer – RHC do Instituto Nacional de Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1/4, p. 81, 2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3131>. Acesso em: 19 mar. 2025.

KULKARNI, A.; DOGRA, N.; ZIGRAS, T.. Innovations in the Management of Vaginal Cancer. *Current Oncology*, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 3082-3092, 27 abr. 2022. MDPI AG. DOI: 10.3390/curoncol29050250. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1718-7729/29/5/250>. Acesso em: 18 fev. 2025.

MEDEIROS, G. C.; TEODÓZIO, C. G. C.; FABRO, E. A. N; AGUIAR, S. S. de; LOPES, A. H. M.; CONTE, B. C. de; SILVA, E. V. da; COELHO, L. L. P.; MUNIZ, N. F.; SCHUAB, S. I. P. de C. Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um estudo de coorte com 204.130 casos no brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S.L.], v. 66, n. 3, p. e–09979, 6 ago. 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.rbc.2020v66n3.979. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/979>. Acesso em: 21 mar. 2025.

KOH, W. J.; ABU-RUSTUM, N. R.; BEAN, S.; BRADLEY, K.; CAMPOS, S. M.; CHO, K. R.; CHON, H. S.; CHU, C.; COHN, D.; CRISPENS, M. A.. Uterine Neoplasms, Version 1.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal Of The National Comprehensive Cancer Network*, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 170-199, fev. 2018. DOI: 10.6004/jnccn.2018.0006. Disponível em:<https://jnccn.org/doi/10.6004/jnccn.2018.0006>. Acesso em: 20 mar. 2025.

Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-O - Classificação Internacional de Doenças para Oncologia. São Paulo: Editora USP; 2013.

SANTOS, B. M.; SCHNEIDER, I. J. C. Sobrevida livre de doença em mulheres com câncer de mama: coorte de 36 e 60 meses. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 4, pág. e–144726, 2025. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n4.4726. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4726>. Acesso em: 12 fev. 2025.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; FUCHS, H. E.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2022. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians*, [S.L.], v. 72, n. 1, p. 7-33, jan. 2022. Wiley. DOI: 10.3322/caac.21708. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21708>. Acesso em: 18 fev. 2025.

SOBRAL, G. S.; ARAÚJO, Y. B.; KAMEO, S. Y.; SILVA, G. M.; SANTOS, D. K. da C.; CARVALHO, L. L. M. Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 68, n. 3, p. e-122354, 2022. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2354>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SCHWARTZ, S. M. Epidemiology of Cancer. *Clinical Chemistry*, [S.L.], v. 70, n. 1, p. 140-149, jan. 2024. DOI: 10.1093/clinchem/hvac202. Disponível em: <https://academic.oup.com/clinchem/article/70/1/140/7505399>. Acesso em: 2 mar. 2025.

TAN, A.; BIEBER, A. K.; STEIN, J. A.; POMERANZ, M. K.. Diagnosis and management of vulvar cancer: a review. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, [S.L.], v. 81, n. 6, p. 1387-1396, dez. 2019. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.07.055. Disponível em: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(19\)32438-7/abstract](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(19)32438-7/abstract). Acesso em: 19 mar. 2025.

ZHAO, J.; CHEN, Ruiying; ZHANG, Yanli; WANG, Yu; ZHU, Haiyan. Impact of Treatment Delay on the Prognosis of Patients with Ovarian Cancer: a population-based study using the surveillance, epidemiology, and end results database. *Journal Of Cancer*, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 473-483, 2024. DOI: 10.7150/jca.87881. Disponível em: <https://www.jcancer.org/v15p0473.htm>. Acesso em: 19 mar. 2025.