

# CÂNCER DE COLO UTERINO EM TEMPOS DA PANDEMIA DE COVID-19

*Data de aceite: 02/07/2024*

**Kariane Omena Ramos Cavalcante**

**Nathalia Lima da Silva**

**Ana Luiza Souza de Faria Lôbo**

**Francisco Carlos Lins da Silva**

**Amuzza Aylla Pereira dos Santos**

Em 2019, o mundo foi surpreendido pelo aparecimento de um novo tipo de “Coronavírus”, este, sendo denominado de Sars-CoV-2, que viria a causar a covid-19, tendo sua origem na cidade de Wuhan, na China. No mês de janeiro de 2020, o mundo foi acometido de forma brusca e após a confirmação do seu potencial de contaminação e letalidade, no dia 30 de janeiro de 2020, declarou-se a emergência em saúde. A elevada taxa de mortalidade em vários países e a disseminação do vírus pelos continentes, seguidas da sobrecarga nos serviços de saúde sem precedentes, foram os impactos iniciais (LANA *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2021).

No período supracitado, na China havia 7,7 mil casos confirmados e 170 óbitos, além da confirmação de 98 casos

em outros 18 países, entre eles Estados Unidos, Canadá e Austrália. No Brasil, nove casos estavam sendo investigados, demonstrando que o país não ficou imune, tendo o primeiro caso registrado em 25 de fevereiro do corrente ano, com crescente número de contaminados logo na sequência (BRASIL, 2020a; LANA *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2021).

No momento atual, cerca de 22 milhões de cidadãos brasileiros já foram infectados e, aproximadamente, 600 mil pessoas morreram por covid-19, constando um percentual de 2,8% de letalidade. A crescente e rápida propagação da infecção pelo coronavírus acarretou limitações de contato e reposicionamento de recursos direcionados à saúde no combate e posterior tratamento dos indivíduos acometidas pelo vírus (DAL'NEGRO, 2022).

Após constatada a transmissão comunitária do vírus em diversas cidades por todo país, ocorreu a aplicação e efetivação de diversas ações com o propósito de conter a rápida propagação

deste vírus. Deste modo, logo em seguida foi oficializada e declarada pela Organização Mundial de Saúde uma emergência de Saúde Pública (MILITÃO *et al.*, 2021).

Quando foi aprovado o estado de calamidade pública no país, uma das medidas adotadas pelas secretarias de Saúde foi a reestruturação da rede de atenção à saúde, indicando unidades de saúde para funcionarem como unidades sentinelas com intuito de realizar o acolhimento, a testagem, o tratamento e encaminhamento de casos suspeitos, quando necessário. Além disso, ocorreram mudanças nos outros níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) para receber a alta demanda causada pelos atendimentos da Covid-19 (COSTA *et al.*, 2021).

Em contrapartida, diante dessas adaptações, na Atenção Primária à Saúde ocorreu aumento de indivíduos com abandono de tratamento e da não adesão às consultas de doenças crônicas, como por exemplo, hipertensão arterial e diabetes. Também ocorreu a suspensão de exames de rotina e de rastreamento, como o cancelamento da realização da coleta de colpocitologia oncótica (COSTA *et al.*, 2021).

A dedicação para reduzir a transmissão do vírus visou desacelerar ou interromper os atendimentos de saúde nomeados não emergenciais, atingindo muitas pessoas que têm doenças crônicas não transmissíveis. Dentre os serviços estimados, constam as ações de rastreamento e atividades diagnósticas (DAL'NEGRO, 2022).

As medidas preventivas são constatadas como sendo de papel indispensável para redução da propagação do vírus e foram implementadas em todo país, como o *lockdown* e as medidas restritivas acerca de comércios e estabelecimentos de saúde, tendo sido evidenciadas como importantes ferramentas no combate e controle da pandemia (MILITÃO *et al.*, 2021).

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi mais requerido com intuito de prestar assistência às pessoas infectadas pelo vírus, sendo necessária a expansão da oferta de leitos clínicos e das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Outra medida foi a suspensão das atividades ambulatoriais e das cirurgias eletivas para que mais pacientes pudessem ter acesso a um leito, visando à recuperação deles, além de prevenir novas infecções. O funcionamento dos serviços de urgência e emergência foram mantidos (SILVA; BARROS; LOPES, 2021).

Além disso, outras áreas de saúde tiveram seus serviços restritos, como as unidades que realizam o rastreamento do câncer de colo uterino, o que pode ter resultado em um prejuízo no combate ao avanço desse tipo de neoplasia no país (SILVA; BARROS; LOPES, 2021).

Essa pandemia atual sensibilizou diretamente toda rede de saúde pertinente a serviços prioritários no Brasil. Acontecendo uma diminuição significativa no percentual da realização de exames com foco na investigação e no diagnóstico de doenças, inclusive, para o câncer de colo de útero. Esta diminuição representou uma redução de aproximadamente 46,5% de exames citológicos e 33,5% nos exames histopatológicos. Ademais, a alteração

na quantidade mensal dos exames supracitados seguiu o quantitativo de casos de covid-19 em 2020, acontecendo poucos exames nos períodos em que ocorreu o aumento dos casos (DAL'NEGRO, 2022).

No tocante a declínios e atrasos nos exames, e provável tratamento do câncer, estes, são capazes de ocorrer por variadas causas, podendo ser problemáticas ligadas às condições do paciente, dos prestadores de serviços de saúde, ao acesso e à organização, como também a disposição e distribuição dos serviços de saúde. Contudo, atrelados a esses fatores, no ano de 2020, houve danos para além da situação de pandemia acarretada pelo atual coronavírus, fato que potencializou as demandas dos serviços preventivos (RIBEIRO; CORREA; MIGOWSKI, 2021).

No Brasil, a priori, a grande parte dos procedimentos de saúde voltados à prevenção e ações de rastreio, bem como ao diagnóstico preciso e tratamento dos mais variados tipos de câncer, sofreram diminuição no quantitativo de casos registrados durante o período de *lockdown*, quando comparado aos registros do ano anterior; com exceção dos procedimentos quimioterápicos, os quais se mantiveram dentro do esperado, pois os tratamentos em curso não poderiam parar (RIBEIRO; CORREA; MIGOWSKI, 2021).

A diminuição da demanda dos atendimentos de rotina ambulatorial inibe a movimentação da população, causando uma sobrecarga nos atendimentos. Limitando-se aos procedimentos de tratamento, diante deste fato, surgiram algumas especulações possíveis: (a) a escolha das mulheres diagnosticadas com lesão precursora, devido ao tempo de espera na esperança do encerramento da pandemia; (b) a consequência da busca pelos atendimentos ambulatoriais para os direcionados a casos sintomáticos respiratórios; (c) a interrupção de atendimentos eletivos; e (d) a diminuição no quantitativo do rastreamento, tendo como consequência uma queda no número dos diagnósticos de lesões precursoras (RIBEIRO; CORREA; MIGOWSKI, 2021).

Como consequência, houve uma diminuição no período de realização dos procedimentos e exames de investigação em determinadas localidades, recomendando adesão às indicações de atendimento prioritário aos casos com sinais e sintomas e de investigação diagnóstica de pessoas com exames alterados no Papanicolau durante o período de isolamento social. Outra probabilidade de redução do período de coleta foi na rapidez da liberação de resultados pelos laboratórios, devido à menor demanda das coletas eletivas (RIBEIRO; CORREA; MIGOWSKI, 2021).

Vale destacar que a primeira ação em âmbito nacional que apontava o rastreamento iniciou-se a partir de 1972 com a Divisão Nacional do Câncer, realizada pelo Ministério da Saúde e aprimorada em 1996 com o programa “Viva Mulher”, que possuía como meta além do rastreamento em mulheres de 35 e 49 anos, o tratamento com cirurgia de alta frequência (CAF). Em 1998, esse programa foi ampliado para todo o Brasil denominado como “Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero” (SILVA; BARROS; LOPES, 2021).

Ao longo dos anos, o Brasil busca aperfeiçoar a política de acesso das mulheres aos programas de rastreamento, no entanto ainda existem diferenças quando comparado aos países desenvolvidos que utilizam cartas-lembrete, sistemas de alarme e até a realização da coleta residencial e busca ativa para que o rastreamento seja concretizado sem intercorrências ou atrasos. E com o advento do vírus da covid-19 e que prossegue até os dias atuais, o sistema de saúde foi sobrecarregado, e muitos serviços, vistos como não essenciais, foram negligenciados por um período (SILVA; BARROS; LOPES, 2021).

Para o câncer do colo de útero, é aconselhada a coleta do exame citológico com intervalos de três anos, para as mulheres com vida sexual ativa e na faixa etária de 25 a 64 anos, entretanto esse intervalo entre as coletas só está indicado quando existe o histórico de duas coletas anteriores sem alterações. Contudo, há de se recordar que após o período de medidas restritivas sociais, os cuidados com relação aos exames periódicos foram postergados devido à situação pandêmica (MILITÃO *et al.*, 2021).

A frequência e constância do exame no decorrer dos anos da pandemia por SARS-CoV-2 foi provavelmente modificada, em consequência das medidas restritivas atribuídas, ao encerramento de serviços não emergenciais e à transferência de verba para serviços de atendimento a síndromes respiratórias. Desta forma, novas orientações foram surgindo, as quais aconselhavam aos profissionais de saúde sobre a importância de individualizar o atendimento da coleta, devendo avaliar o risco de exposição das pacientes ao vírus com benefício do rastreamento por si (DAL'NEGRO, 2022; MILITÃO *et al.*, 2021).

Transcorrido o primeiro ano da pandemia, foi inevitável refletir na elaboração de táticas a fim de abrandar os danos viáveis para com os atrasos que ocorreram. No meio destas táticas, podemos enumerar algumas atitudes que a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer inseriu: (a) criação de contatos de telefone especializados e/ou aplicativos para celulares; (b) resultados on-line dos exames de rastreamento; (c) teleconsulta para pacientes com exames positivos; (d) disponibilização de transporte para pacientes com resultado dos exames positivo; e (e) adesão de voluntários que se sensibilizem e reforcem os pacientes que carecem de apoio e apresentam algum obstáculos para obter acesso no serviço oncológico (RIBEIRO; CORREA; MIGOWSKI, 2021).

Em momentos progressos ao período pandêmico, o Brasil se encontrava com obstáculos na estruturação do rastreamento, na conclusão dos diagnósticos, bem como com dificuldades para iniciar o tratamento de neoplasias uterinas. Após a estabilização dos casos mais graves na pandemia, os gestores tiveram que unir forças na formulação de uma meta baseada na classificação de risco, objetivando ações de rastreamento, conclusão do laudo e tratamento adequado, como também incentivar a ocorrência de busca ativa da população-alvo que foi impactada (RIBEIRO; CORREA; MIGOWSKI, 2021).

Em vários países, uma das atitudes iniciais tomadas pelos gestores em saúde foi a de interromper o rastreamento, ainda que os casos fossem elementares. Isso fez com que maior impacto pudesse ser notado no primeiro período de 2020. Essa cessação dos

serviços de acompanhamento de câncer, ainda que não pertinente diretamente à curva de casos, mas sim às decisões em saúde urgentes que foram tomadas para conter o avanço do vírus, também pôde ser observada em países como Holanda, Alemanha, Reino Unido e Polônia, que registraram uma diminuição nos diagnósticos de câncer durante a pandemia, segundo a Organização Mundial de Saúde (SILVA; BARROS; LOPES, 2021).

É válido ressaltar que as orientações de postergar a realização dos exames investigativos, como rastreamento do câncer de colo uterino e outros, estão em concordância entre exposição e rastreamento, não cabendo, portanto, seguir essa recomendação os indivíduos com alterações a nível celular. Entretanto, todos os níveis de atenção à saúde sofreram queda de acesso durante a pandemia, retardando, assim, diagnóstico, seguimento e tratamento precoces (BRASIL, 2020b).

Diante disso, pesquisas realizadas em diversos países, indicam efeitos reversos no tocante às interrupções mesmo que temporárias, devido ao período de pandemia, indicando aumento progressivo desse tipo de câncer nas mulheres em idade reprodutiva (DAL'NEGRO, 2022).

Estudo realizado no estado Goiás, evidenciou uma queda brusca na realização da coleta de colpocitologia no período pré-pandemia (considerado entre março de 2019 a fevereiro 2020) e na pandemia (março de 2020 a fevereiro de 2021), sendo contabilizadas 17.066 coletas no período pré-pandemia, e apenas 8.716 coletas durante a pandemia. Este é reflexo de todo país onde as atividades de prevenção de doenças foram postergadas devido ao impacto do vírus (CHAVES *et al.* 2022).

Em resumo, essa interrupção dos sistemas de rastreamento pode ter provocado consequências graves no futuro para os diagnósticos de câncer do colo uterino, bem como a morte de mulheres relacionadas a esse tipo de câncer. Pensando nisso, a Federação de Colposcopia da Europa juntamente à Sociedade Europeia de Ginecologia Oncológica determinaram que as lesões de baixo grau podem aguardar de seis a 12 meses para serem avaliadas; as lesões de alto grau deve ser tratadas em três meses; e o diagnóstico de doença invasiva deve ter contato garantido em até duas semanas (SILVA; BARROS; LOPES, 2021).

Em contrapartida, um estudo realizado na Austrália, o país com competente programa de rastreamento, descreve sobre uma queda na probabilidade de que breves pausas, pela pandemia como é o caso, ocasionam significativos crescimentos de casos dessa patologia. Este episódio ficaria conexo à evolução branda na grande parte dos casos de câncer e ao potencial de recuperação com os testes não realizados (DAL'NEGRO, 2022).

Por conseguinte, percebe-se que há um déficit no tocante à triagem e à coleta para câncer de colo do útero que persiste por, no mínimo, nove meses no Brasil. Diante disso, registra-se um acréscimo nos laudos malignos em comparação à totalidade dos casos registrados. Todavia, há uma queda na realização dos exames. É válido ressaltar que quanto mais tardiamente seja o diagnóstico, as lesões estarão evoluídas, podendo levar a prognósticos não favoráveis (DAL'NEGRO, 2022).

O acréscimo frequente de exames de colpocitologia oncótica registrados após setembro de 2020, beirando a porcentagem de dados pré-pandêmicos até dezembro do referente ano, demonstra uma provável remodelação dos estabelecimentos de saúde no Brasil. Todavia, os dados ainda ficavam aquém do estimado, isto é, as triagens que não foram realizadas não foram recuperadas no momento devido e o déficit continuava se acumulando. Dessa maneira, outras soluções para a recuperação no rastreamento e diagnóstico de neoplasia cervical precisam ser levadas em consideração como a busca ativa, orientações sobre a importância do rastreamento, dentre outras (DAL'NEGRO, 2022).

Por conseguinte, com a diminuição da pandemia, foi orientado o retorno das atividades práticas assistenciais em serviços de saúde não emergenciais, porém dados informados no Datasus, neste período, indicam uma queda discreta no número de coletas citopatológicas em todas as regiões brasileiras (MILITÃO *et al.*, 2021).

A ocasião pode ser um bom momento para inserir novidades, como atendimentos virtuais, que se tornaram regulamentados e com melhor aceitação após uso de aplicativos para rastreamento e diagnóstico de casos de covid-19 ao longo da pandemia, e vêm sendo bem utilizados em diversas áreas. Outras ações também podem ser estimadas, como atividades educativas, conscientizando as mulheres a respeito da seriedade do rastreamento e a respeito do autoconhecimento para perceber alterações com sinais e sintomas do câncer cervical (DAL'NEGRO, 2022).

Assim, em tempos que não há antecedentes, como ocorreu na pandemia, a reformulação de políticas de rastreamento e diagnóstico de câncer pode se tornar um momento para solidificação e melhoria dos serviços prestados (DAL'NEGRO, 2022).