

Covid-19 e Câncer do Colo do Útero: Análise do Registro Hospitalar de Câncer do Instituto Nacional de Câncer no Rio de Janeiro

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n4.4874>

COVID-19 and Cervical Cancer: Analysis of the Hospital Cancer Registry of the National Cancer Institute in Rio de Janeiro

COVID-19 y Cáncer del Cuello Uterino: Análisis del Registro Hospitalario de Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de Río de Janeiro

Monique Villa Real Ayala¹; Maria Tereza Fonseca da Costa²

RESUMO

Introdução: O câncer do colo do útero continua sendo um problema de saúde pública apesar da possibilidade de rastreamento e diagnóstico precoce. **Objetivo:** Análise comparativa de 2.486 pacientes analíticas e não analíticas, encaminhadas ao INCA apenas para tratamento, com acompanhamento no hospital de origem, admitidas com câncer do colo do útero, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021, no Hospital do Câncer II (HCII/INCA), utilizando como base de dados o Registro Hospitalar de Câncer. **Método:** Estudo quantitativo e observacional dividido em quatro grupos: analíticos pré-pandemia, analíticos pandemia, não analíticos pré-pandemia e não analíticos pandemia. As cinco variáveis selecionadas foram analisadas de forma descritiva: tempo entre diagnóstico e admissão hospitalar, primeiro tratamento recebido no hospital, estado da doença após primeiro tratamento, razão para o não tratamento e estadiamento. Utilizou-se o teste chi-quadrado de Pearson para verificar a associação das variações das frequências com os períodos pré-pandemia e pandemia. **Resultados:** Entre as pacientes analíticas, na pandemia, houve aumento de 34,1% na proporção de pacientes admitidas com mais de 61 dias após o diagnóstico, 4,6% de encaminhamentos ao suporte terapêutico e redução de 6,3% de casos com remissão completa da doença pós-tratamento. Entre as não analíticas, na pandemia, houve aumento de 20,6% da proporção de pacientes admitidas em estádio IV, 23,3% de pacientes submetidas a nenhum tratamento por avanço da doença ou falta de condições clínicas e 12,1% de encaminhamentos ao suporte terapêutico.

Conclusão: A pandemia da covid-19 teve impacto negativo sobre a doença e o acesso ao sistema de saúde.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Diagnóstico Precoce; Admissão do Paciente; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer remains a public health problem despite the possibility of screening and early diagnosis. **Objective:** Comparative analysis of 2,486 analytical and non-analytical patients referred to INCA only for treatment, with follow-up at the hospital of origin, admitted with cervical cancer between January 2017 and December 2021 at *Hospital do Câncer II (HCII/INCA)*, using the Hospital-based Cancer Registry as database. **Method:** Quantitative and observational study divided into four groups: pre-pandemic analytical, pandemic analytical, pre-pandemic non-analytical and pandemic non-analytical. Five selected variables were analyzed descriptively: time between diagnosis and hospital admission, first treatment received at the hospital, disease status after first treatment, reason for non-treatment and staging. Pearson's chi-square test was utilized to verify the association of frequency variations between the pre-pandemic and pandemic periods. **Results:** Among analytical patients during the pandemic, there was a 34.1% increase in the proportion of patients admitted more than 61 days after diagnosis, 4.6% in referrals for therapeutic support and a 6.3% reduction in cases with complete remission of the disease after treatment. Among non-analytical patients during the pandemic, there was a 20.6% increase in the proportion of patients admitted in stage IV, 23.3% of patients who did not submit to any treatment due to disease progression or lack of clinical conditions and 12.1% of referrals for therapeutic support.

Conclusion: The COVID-19 pandemic had a negative impact on the disease and access to the health system.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms; Early Diagnosis; Patient Admission; COVID-19.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello uterino sigue siendo un problema de salud pública a pesar de la posibilidad de realizar exámenes de detección y diagnóstico temprano. **Objetivo:** Análisis comparativo de 2486 pacientes analíticas y no analíticas, remitidas al INCA únicamente para tratamiento, con seguimiento en el hospital de origen, ingresadas con cáncer de cuello uterino, entre enero de 2017 y diciembre de 2021, en el Hospital Oncológico II (HCII/INCA), utilizando como base de datos el Registro Hospitalario de Cáncer. **Método:** Estudio cuantitativo y observacional dividido en cuatro grupos: analíticos prepandemia, analíticos pandemia, no analíticos prepandemia y no analíticos pandemia. Se analizaron descriptivamente cinco variables seleccionadas: tiempo entre el diagnóstico y el ingreso hospitalario, primer tratamiento recibido en el hospital, estado de la enfermedad después del primer tratamiento, motivo de no tratamiento y estadificación. Se utilizó la prueba de ji al cuadrado de Pearson para verificar la asociación de las variaciones de frecuencia con los períodos prepandémico y pandémico. **Resultados:** Entre las pacientes analíticas, durante la pandemia, hubo un aumento del 34,1% en la proporción de pacientes ingresadas más de 61 días después del diagnóstico, del 4,6% en las derivaciones hacia soporte terapéutico y una reducción del 6,3% en los casos con remisión completa de la enfermedad después del tratamiento. Entre los casos no analíticos, durante la pandemia hubo un aumento del 20,6% en la proporción de pacientes ingresados en estadio IV, un 23,3% de pacientes sin tratamiento por progresión de la enfermedad o falta de condiciones clínicas y un 12,1% de derivaciones hacia apoyo terapéutico.

Conclusión: La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto negativo en la enfermedad y el acceso al sistema de salud.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino; Diagnóstico Precoz; Admisión del Paciente; COVID-19.

¹Instituto Nacional de Câncer (INCA). Universidade Estácio de Sá, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: mayala@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-5628-7992>

²Universidade Estácio de Sá, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: maria.fonseca@estacio.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5249-5143>

Endereço para correspondência: Monique Villa Real Ayala. Via Binário do Porto, 831, 7º andar – Santo Cristo. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20081-250. E-mail: mayala@inca.gov.br



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero continua sendo uma questão de saúde pública, especialmente em países de média e baixa rendas. No Brasil, essa patologia é mais comum nas Regiões Norte e Nordeste e, apesar dos avanços na detecção e no tratamento, ainda é uma das principais causas de morte por câncer em mulheres.

Para cada ano do triênio 2023-2025, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou que sejam diagnosticados 17.010 novos casos de câncer do colo do útero, com risco estimado de 15,38 casos em cada 100 mil mulheres, sendo o câncer do colo do útero o terceiro tipo mais comum em mulheres. Em 2020, a taxa de mortalidade para o câncer do colo do útero no Brasil ajustada pela população mundial era de 4,6 óbitos para cada 100 mil habitantes¹.

A infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV) é a principal causa de desenvolvimento do câncer do colo do útero, o alvo do vírus é a célula epitelial basal ou metaplásica, cuja proliferação é necessária para a replicação viral. O câncer cervical é precedido por anormalidades celulares no epitélio conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) principalmente na junção escamocolunar quando o epitélio colunar se transforma em epitélio escamoso, constituindo a chamada zona de transformação (ZT)².

Os tipos histopatológicos mais comuns são o espino-cellular e o adenocarcinoma. Entre os tumores invasivos, o carcinoma espinocelular de células grandes não queratinizante é o mais frequente associado à infecção por HPV.

No Brasil, diversas iniciativas governamentais de incentivo ao controle do câncer do colo do útero têm ocorrido desde a década de 1980³. O rastreamento do câncer do colo do útero, por meio do exame citopatológico, é uma estratégia de saúde pública capaz de reduzir a incidência e a mortalidade da doença.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece uma cobertura entre 80% e 85% da população feminina de 25 a 64 anos para que haja reflexos nas estatísticas de morbimortalidade⁴. Todavia, para atingir essa alta cobertura populacional, é necessário implementar um mecanismo ativo de busca e recrutamento de mulheres, uma forma de rastreamento organizado, pois as ações isoladas de informação e educação mobilizam mais as mulheres naturalmente motivadas do que as que já estão em atraso com o rastreamento⁵.

Em 2021, a OMS passou a recomendar que o rastreamento fosse feito por meio do exame de HPV-DNA, que identifica o ácido desoxirribonucleico (DNA) do HPV, a cada cinco anos em mulheres entre 25 e 64 anos de idade, acompanhados ou não de citologia. No Brasil, é feito por

meio do exame de Papanicolaou até que o rastreamento para HPV esteja estabelecido. A periodicidade pode variar, mas, para mulheres com dois exames consecutivos e com intervalo de um ano normais, o exame pode passar a ser realizado a cada três anos. A prioridade deve ser para mulheres entre 30 e 49 anos⁶.

Estima-se que até chegar a um atendimento para tratamento, começando pelas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), passando pelo exame colpocitológico, colposcopia, biópsia, exames complementares para diagnóstico e estadiamento, tais como ultrassonografia e tomografia computadorizada, e posteriormente dirigir-se ao hospital de referência onde será tratada e acompanhada, a paciente percorrerá um longo trajeto mediante a regulação de vagas. A paciente terá um considerável tempo de espera, no fluxo do Sistema de Regulação, que é o processo responsável por garantir o acesso aos leitos hospitalares, procedimentos e consultas ou tratamentos especializados⁷.

As solicitações de consultas de baixa e média complexidades devem ser feitas pela Regulação Municipal (SISREG) e, para consultas de alta complexidade (cirurgia cardíaca, neurocirurgia e oncologia), pelo Sistema de Regulação Estadual (SER), no caso do Estado do Rio de Janeiro⁷.

Muito embora seja uma doença de fácil prevenção e detecção precoce, as pacientes continuam sendo admitidas com estadiamentos avançados (III e IV) no INCA⁸.

Em março de 2020, a OMS reconheceu a covid-19 como uma pandemia, com posteriores orientações sanitárias restritivas, ocasionando uma limitação dos atendimentos nas unidades básicas de saúde e queda substancial da procura pelos serviços de saúde em geral⁹.

O presente estudo intenciona elucidar as principais alterações no perfil das pacientes com diagnóstico do câncer do colo do útero, admitidas no HCII/INCA, localizado no Rio de Janeiro, quando observados comparativamente os períodos de janeiro de 2017 a dezembro de 2019, período pré-pandemia, com o período de janeiro 2020 a dezembro 2021, durante a pandemia.

MÉTODO

Estudo descritivo, observacional, retrospectivo e quantitativo realizado no HCII/INCA, situado na Região do Centro do Município do Rio de Janeiro. Utilizou-se como fonte a base de dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital do Câncer II (RHC-HCII)¹⁰ nos anos de 2017 a 2021, sendo incluídos todos os registros das pacientes admitidas com o código C53 (neoplasia maligna do colo do útero) da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)¹¹, no período analisado.



As pacientes foram divididas inicialmente em dois grupos: pacientes admitidas nos anos de 2017, 2018 e 2019, denominado grupo pré-pandemia; e pacientes admitidas nos anos de 2020 e 2021, chamado grupo pandemia. Posteriormente, cada grupo foi dividido em mais dois subgrupos: analíticos pré-pandemia (APP); analíticos pandemia (AP); não analíticos pré-pandemia (NAPP); e não analíticos pandemia (NAP).

Os casos são considerados analíticos quando recebidos com diagnóstico para serem estadiados, tratados e acompanhados no próprio HCII, enquanto os não analíticos são aqueles cujos diagnóstico e estadiamento foram feitos em outra unidade hospitalar de referência e posteriormente referidos ao INCA para alguma modalidade de seu tratamento (radioterapia, braquiterapia e quimioterapia). O objetivo de os casos serem separados em analíticos e não analíticos é o acompanhamento diferenciado dos analíticos, prioritários na avaliação de resultados dependentes da assistência prestada especificamente pelo hospital¹².

O somatório dos casos analíticos e não analíticos permitiu a observação do perfil de todos das pacientes atendidas pela instituição.

A fim de descrever de forma detalhada, com representatividade das pacientes admitidas no HCII com câncer do colo do útero, foram incluídas todas as 2.486 pacientes cadastradas na base de dados do RHC sob o CID C53 de 1 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2021, não sendo aplicado, portanto, o cálculo para determinar o tamanho amostral nem cálculo de poder. As pacientes com preenchimento incompleto dos dados, assinalado como sem informações, para determinada variável, na data da coleta, foram assim descritas nos resultados.

No momento da coleta de dados da presente pesquisa, o RHC-HCII estava alimentado até dezembro de 2021. Os dados foram coletados do RHC-HCII, em 1 de dezembro de 2022, sob o número de parecer 5.712.339 (CAAE: 63059622.4.0000.5274), o qual foi favorável na submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desse

hospital, e sob o parecer da instituição coparticipante número 5.770.455 (CAAE: 63059622.4.3001.5284). O estudo seguiu todas as recomendações da Resolução n.º 466/2012¹³ do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram analisados de forma descritiva. Os resultados foram apresentados sob forma de frequências obtidas por tabulações simples entre variáveis. O teste qui-quadrado de Pearson¹⁴ foi utilizado para verificar a associação das variações das frequências das categorias com os períodos pré-pandemia, de 2017 a 2019, e pandemia, entre 2020 e 2021, tanto nos grupos analíticos quanto nos não analíticos. O objetivo foi testar a relação entre o período (pré-pandemia e pandemia) e cada variável de forma independente. O programa utilizado foi o SPSS¹⁵ v. 22 (IBM, USA). Os valores de *p* inferiores a 0,05 foram considerados com significância estatística. A seguir, serão detalhados os resultados, com ênfase nas variáveis que apresentaram o teste qui-quadrado de Pearson, com valor de *p* inferior a 0,05.

RESULTADOS

A distribuição do total das pacientes ao longo do período do estudo e dos quatro grupos segue detalhada na Tabela 1. De acordo com os dados apresentados, pode-se observar que houve uma queda gradual do número de pacientes com câncer do colo do útero, admitidas no HCII/INCA, considerando os dois períodos de estudo.

No período pré-pandemia, a redução de admissões ficou em torno de 20% entre 2017 e 2018 e de 10% no ano seguinte. Quando avaliada a proporção de queda nas admissões entre 2019 e 2020, o primeiro ano da pandemia do coronavírus, observou-se um valor aproximado de 32%; e 51% quando avaliada a queda proporcional em 2021, em comparação com 2019. A distribuição entre pacientes analíticas e não analíticas permaneceu estável durante todo o período do estudo, mantendo-se em torno de 35% a 40% das pacientes não analíticas. O Gráfico 1

Tabela 1. Distribuição de 2.486 casos admitidos do HCII/INCA (2017-2021)

Ano	Analíticos		Não analíticos		Total por ano
	Número	(%)	Número	Não analíticos	
2017	497	66,70	248	33,30	745
2018	358	60,67	232	39,33	590
2019	319	59,96	213	40,04	532
2020	221	61,73	137	38,27	358
2021	172	65,90	89	34,10	261
Total	1.567	63,03	919	36,97	2.486

Fonte: Adaptado de RHC/HCII¹⁰.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

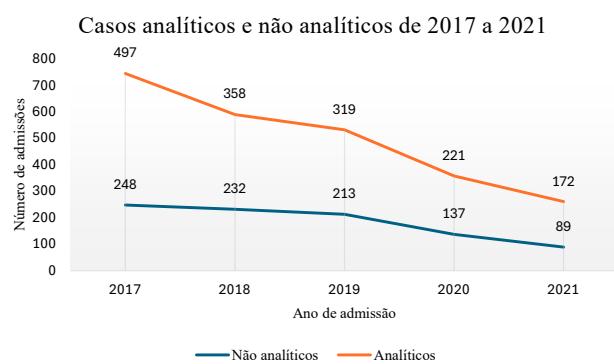


Gráfico 1. Casos analíticos e não analíticos (2017-2021)

Fonte: Adaptado de RHC/HCII¹⁰.

Nota: Não houve diferença entre os quatro grupos no que se refere ao perfil sociodemográfico da população estudada quando observados raça, cor, escolaridade, faixa etária e consumo ou não de tabaco.

demonstra a queda evolutiva nas admissões tanto de casos analíticos quanto não analíticos ao longo desse período.

Foram selecionadas as seguintes variáveis extraídas da ficha de registro de tumor: tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta hospitalar (dias); estadiamento; primeiro tratamento recebido no hospital; estado da doença após o primeiro tratamento. Com a intenção de elucidar a variável primeiro tratamento recebido no hospital, posteriormente incluiu-se a variável razão para não tratamento. Os resultados estão representados na Tabela 2.

Como observa-se, no grupo de pacientes analíticas, durante a pandemia, houve aumento de 34,1% na proporção de pacientes admitidas com mais de 61 dias após o diagnóstico, redução de 6,3% de casos com remissão completa da doença após o primeiro tratamento, e aumento de 4,6% de encaminhamentos ao suporte terapêutico. Embora o estudo tenha apontado para a ausência de significância estatística para as variáveis estadiamento, o primeiro tratamento recebido no hospital e a razão para o não tratamento, os valores de *p* foram maiores do que 0,5 (0,987 – 0,065 – 0,890, respectivamente). Nota-se que o estadiamento de admissão para a maior parte das pacientes do grupo analítico se manteve no estádio III, o tratamento recomendado permanece a associação de radioterapia e quimioterapia, portanto, as pacientes são submetidas ao tratamento específico, o que torna a opção – não se aplica – a mais frequente para a variável razão para o não tratamento, no entanto, o desfecho para o tratamento foi diferente, conforme citado anteriormente. Para os demais resultados citados, todos os valores de *p* foram menores do que 0,05.

Entre as pacientes não analíticas, no período da pandemia, houve aumento de 20,6% da proporção de pacientes admitidas em estádio IV, redução de 23,1 % dos casos que apresentaram remissão completa da doença, com queda de 15,7 % dos casos encaminhados à radioterapia

isoladamente, 23,3% a mais de pacientes submetidas a nenhum tratamento por avanço de doença ou falta de condições clínicas, e mais 12,1% de encaminhamentos ao suporte terapêutico.

DISCUSSÃO

Em 2017, a Rede de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro era composta por 25 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), respectivamente, três serviços isolados de radioterapia e dois hospitais de cirurgia oncológica, distribuídos em 12 municípios em oito das nove Regiões do Estado. Atualmente, segundo dados da Sociedade Brasileira de Radioterapia, constam 30 aparelhos de Radioterapia no Estado do Rio de Janeiro, sendo oito fora do município do Rio¹⁶.

O Plano Oncológico¹² do Estado do Rio de Janeiro, aprovado em julho de 2017 e vigente entre 2017 e 2021, estimou um déficit de 49 unidades para atendimento de pacientes com câncer em todo o Estado e estabeleceu uma verba especial, além de cofinanciamento do Estado para o credenciamento e habilitação de novas Unacon aos pacientes oncológicos. Esse Plano Oncológico foi renovado em 2022.

A estratégia que prevê o aumento do financiamento e investimento em novos Cacon e Unacon pode ser uma das justificativas para a queda consecutiva do número de pacientes com câncer do colo do útero atendidas pelo HCII/NCA observada mesmo antes da pandemia da covid-19 em 2020. Entretanto, o presente estudo não tem elementos suficientes para avaliar essa possibilidade.

De forma semelhante, a literatura mundial¹⁷⁻²⁰, no período da pandemia da covid-19, observou uma queda variável tanto na realização de exames colpocitológicos quanto nas biópsias e cirurgias para tratamento do câncer do colo do útero.

O aumento do tempo necessário para se chegar ao HCII/INCA após o diagnóstico pode ser explicado pela suspensão temporária, pelo prazo de 90 dias, das consultas e procedimentos agendados pelo SISREG, estabelecido pelo Decreto Rio n.º 47.282²¹, que mantinha os procedimentos relacionados ao câncer, e foi sucedido pelas Resoluções SMS n.º 4.330²² e n.º 4.334, as quais, por sua vez, não contemplavam colposcopia, biópsia cervical e consultas domiciliares de pacientes oncológicos, que não fossem de alto risco, como procedimentos a serem mantidos durante a pandemia. Tal fato dificulta não apenas o acesso das pacientes ao sistema de saúde como também o caminhar na linha de cuidado do câncer do colo do útero para o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno.

Tabela 2. Dados clínicos analíticos e não analíticos pré-pandemia e pandemia

Características	Analíticos		Não analíticos		<i>p</i>
	Pré-pandemia (%)	Pandemia (%)	Pré-pandemia (%)	Pandemia (%)	
Tempo entre diagnóstico e 1º consulta (dias)			<		<
			0,001*		0,001*
Menos de 30	34,6	13,5	20,6	12,4	
Entre 30-60	36,5	25,7	17,2	19,0	
Entre 61-120	15,7	40,7	14,7	31,0	
Entre 121-180	3,3	10,2	8,2	8,4	
Mais de 180	4,0	6,6	32,9	18,1	
Inválidos	5,9	3,3	6,3	11,1	
Estadiamento			0,987		<
					0,001*
0	9,8	9,2	7,2	7,1	
I	21,7	21,6	6,6	1,3	
II	28,7	28,0	15,4	4,0	
III	33,0	34,1	32,6	24,3	
IV	5,5	6,1	21,9	42,5	
Sem informação	1,3	1,0	16,2	20,8	
Primeiro tratamento recebido no hospital			0,065		<
					0,001*
Nenhum	0,1	0,5	60,9	71,2	
Cirurgia	27,4	27,7	0,3	0	
Radioterapia	12,8	8,7	33,8	18,1	
Quimioterapia	2,0	1,3	3,0	6,6	
Radioterapia + quimioterapia	57,7	61,8	2,0	4,0	
Estado da doença após o final deste tratamento			<		<
			0,001*		0,001*
Remissão completa	68,6	62,3	27,1	4,0	
Doença estável	3,2	6,1	2,3	1,8	
Doença em progressão	6,4	3,3	0,6	0	
Supor te terapêutico	8,4	13,0	1,2	13,3	
Óbito	12,9	9,7	7,5	9,3	
Não se aplica	0,3	4,1	60,9	71,7	
Sem informação	0,2	1,5	0,4	0	
Razão para não tratamento			0,890		<
					0,001*
Tratamento realizado fora	3,9	4,1	34,3	11,9	
Doença avançada/falta de condições clínicas	11,0	11,7	27,1	50,4	
Abandono de tratamento	0,2	0,3	1,2	0	
Recusa	0	0	0,3	0,4	
Óbito	0,6	1,0	25,4	31,9	
Outras razões	0,3	0,5	10,7	5,3	
Não se aplica	84,1	82,4	1,0	0	

Fonte: Adaptado de RHC/HCI¹⁰.(*) valor de *p* significativo.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Os Decretos n.º 46.983²³ e n.º 47.012²⁴ do Governo do Estado também interromperam, temporariamente, o transporte intermunicipal. Esse fato torna-se de extrema importância, quando se observa que mais de 50% das pacientes analíticas vêm de outro município do Estado do Rio de Janeiro. Além das Resoluções do Ministério da Saúde, do Governo do Estado do Rio de Janeiro e do Comitê de Crise, o fluxo de coleta do exame Papanicolaou, o resultado e o seguimento para a colposcopia, para as biópsias e consultas nas unidades de atendimento especializado, são presenciais, o que, na ocasião da pandemia, pode ter contribuído para retardar o processo, à medida que a população foi orientada a manter-se afastada dos serviços de saúde para permitir o atendimento prioritário de pacientes com covid-19.

Embora na Ficha de Registro de Tumor conste o estadiamento conforme a Classificação de Tumores Malignos (TNM)²⁵ para o câncer do colo do útero, a classificação utilizada é a da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO)²⁶ 2018 para estadiamento.

Segundo dados do INCA¹, até 2019, cerca de 35% dos casos analíticos eram diagnosticados em estadiamento avançado (III e IV). Encontra-se, nos anos de 2020 e 2021, pouco mais de 39% das pacientes com diagnóstico em fase avançada. Não há, porém, dados de uma série longa para os casos não analíticos. No entanto, ao observar as pacientes não analíticas, encontrou-se um aumento de 20,6% nas admissões em estadiamento IV quando comparados os anos de 2020 e 2021 ao período pré-pandemia, enquanto houve redução de 5,3% e 11,4% nas admissões em estadiamentos I e II respectivamente, nesse mesmo grupo.

O aumento do percentual de pacientes admitidas em estadiamento IV no grupo NAP pode justificar o consequente aumento de pacientes não tratadas por avanço da doença ou falta de condições clínicas nesse grupo, mas seria de grande importância o conhecimento do intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento proposto, até como forma de avaliação do serviço prestado no hospital de origem, do sistema de regulação de vagas e da rede de atendimento de radioterapia e braquiterapia. Dessa forma, não se sabe se essas pacientes não são tratadas por já chegarem em estádio IV ou se, além de chegarem em estádio mais avançado, elas ainda aguardam por mais tempo na regulação de vagas para o tratamento específico.

Um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Radioterapia²⁷ fez um retrato dos serviços de radioterapia e aparelhos no Brasil e o impacto sofrido pela pandemia da covid-19. No país, há 284 serviços de radioterapia, sendo 52% na Região Sudeste.

O déficit de aparelhos ou o percentual de aparelhos obsoletos gira em torno de 50%. Durante a pandemia,

15% dos serviços tiveram redução maior do que 50% do número de atendimentos diários e 46% das pacientes optaram por adiar o tratamento do câncer com esse tipo de tratamento. Foi estimado que, considerando os cinco principais tumores, houve pelo menos cinco mil mortes relacionadas à falta de radioterapia em um ano²⁷.

Os resultados apresentados pelo estudo revelaram impacto significativo da pandemia de covid-19 no manejo e prognóstico do câncer do colo do útero tanto em pacientes analíticas quanto nas não analíticas. De fato, a infraestrutura mais limitada ao acesso, o diagnóstico e o tratamento já eram desafiadores antes da pandemia. Ainda se torna evidente a importância de um sistema de saúde resiliente, capaz de proteger os serviços essenciais mesmo em crises globais. Dessa forma, os atrasos no início do tratamento e no diagnóstico refletem a vulnerabilidade do sistema de saúde e podem afetar o desfecho.

A prevalência do câncer do colo do útero e o estádio da doença no momento do diagnóstico são aspectos determinantes. Em populações cujo rastreamento se faz de forma organizada e abrangente, e a prevenção é efetiva, pode haver maior proporção de diagnósticos precoces, diferindo dos resultados encontrados neste estudo.

Embora os achados reflitam uma realidade específica do HCII/INCA, a generalização para outros contextos depende das semelhanças entre as características demográficas, epidemiológicas e estruturais das populações e sistemas de saúde envolvidos. Populações com diferenças significativas em determinantes sociais de saúde podem apresentar variações dos tempos de diagnóstico, acessibilidade ao tratamento e desfechos.

Como limitações na análise desses resultados, reconhece-se que os estudos transversais, considerando um único momento de observação – neste caso os dados foram observados em 1 de dezembro de 2022 –, devem ser identificados como exploratórios de uma situação em estudo, não sendo indicadas abordagens analíticas para discussão sobre causa e efeito.

Considerando-se a inclusão de toda a amostra do período, não se aplica o cálculo amostral nem o cálculo de poder. Entretanto, deve-se observar que o estudo selecionou a população de uma única unidade de referência do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, pacientes admitidas no HCII e que, portanto, tiveram acesso à linha de cuidado de câncer do colo do útero. Em virtude da pandemia da covid-19, os grupos apresentaram número de componentes bastante diferentes, fato que pode tornar menos evidentes características importantes em grupos com menos pacientes.

O estudo em questão utiliza o RHC como base de dados, uma fonte secundária. Uma fonte secundária é coletada de uma fonte preexistente, neste caso a ficha



de tumor. Tem como vantagens o custo mais baixo e os resultados mais rápidos que pesquisas de fontes primárias. Entretanto, há outras desvantagens, como, por exemplo, a ausências de variáveis ou informações importantes para a pesquisa. Deve-se considerar também a possibilidade de erro de preenchimento por parte do responsável técnico, atraso de cadastramento, entre outras limitações inerentes ao trabalho humano²⁸.

CONCLUSÃO

O câncer do colo do útero é um tumor de crescimento lento, com possibilidade de diagnóstico em fase precoce quando o rastreamento da população é feito de forma organizada e ampla, no entanto, a chegada do coronavírus ao Brasil em fevereiro de 2020 trouxe inúmeros desafios ao sistema de saúde do país, já sobrecarregado.

Parece de extrema importância que seja dada atenção especial ao aprimoramento do sistema de rastreamento, tornando-o mais eficaz e abrangente, mesmo contextualizado em emergências sanitárias, como foi a pandemia da covid-19. No entanto, as etapas do rastreamento que ofereceram maior dificuldade à usuária não foram alvo deste estudo.

Para que as usuárias retornem a procurar as unidades de atenção primária, podem ser necessárias estratégias de comunicação, divulgação e busca ativa em visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), afirmmando a segurança e as medidas de contenção de contágio da covid-19, pois muitas mulheres ainda permanecem afastadas por medo de contaminação pelo coronavírus.

Com o aumento do número de pacientes encaminhadas diretamente para o suporte terapêutico, faz-se necessário pensar em clínicas de cuidados paliativos e controle da dor junto às unidades básicas de atendimento para trazer melhor qualidade de vida e assistência a uma população já tão atingida pela pandemia. Junto ao cuidado ao paciente, devem ser mantidos grupos de apoio e orientação aos familiares. Isso evitaria também que os hospitais ficassem com grande quantitativo de pacientes em suporte terapêutico e garantiria uma melhor oferta de leitos disponíveis para aquelas candidatas a tratamento curativo.

CONTRIBUIÇÕES

Monique Villa Real Ayala contribuiu substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; e na redação. Maria Tereza Fonseca da Costa contribuiu substancialmente na obtenção, análise e interpretação dos dados; e na revisão crítica. Ambas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Dados e números sobre o câncer de colo do útero. Relatório anual 2023. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2023.
2. Sellors JW, Sankaranarayanan R. Introdução à anatomia do colo uterino. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: manual para principiantes. Washington, D.C.: OPAS; 2004.
3. Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação e redução da incidência e mortalidade por câncer de colo de útero: sumário executivo. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.
4. Telio MA, Oselame GB, Dutra DA, et. Fatores relacionados à adesão do exame colpocitopatológico no município de Cerro Azul. Cien Cuid Saude. 2014;13(1):90-6.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Rastreamento. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: MS; 2010. (Série A. Cadernos de Atenção Primária).
6. World Health Organization. Who guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Genebra: WHO; 2021.
7. Secretaria Estadual de Saúde (RJ) [Internet]. Rio de Janeiro; SSERJ; [2000]. Regulação. [acesso 2022 nov 10]. Disponível em: www.saude.rj.gov.br
8. Thuller LC, Bergmann A, Casado L. Perfil das pacientes com câncer de colo de útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. Rev Bras Cancerol. 2012;58(3):351-7. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.583>
9. Araújo SEA, Leal A, Centrone AFY. Impacto da Covid-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro Latino – Americano da pandemia. Einstein (São Paulo). 2021;(19):1-8.
10. Integrador RHC: Registros Hospitalares de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [2012]. [acesso 2024 maio 18]. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br>
11. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2008.
12. Instituto Nacional de Câncer (BR). Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.



13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.
14. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, et al. Epidemiologia 2 ed. Editora Atheneu; 2009. Capítulo 24, Associação estatística em epidemiologia: análise bivariada; p. 429-56.
15. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso 2023 mar 9]. Disponível em: https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds
16. Secretaria de Estado da Saúde (RJ). Plano Estadual de Atenção Oncológica [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro; 2017. 119 p. [acesso 2024 ago 25]. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2228-planoatencaooncologicafinal-centrosregionaisdiagnosticos-052017/file.html#:~:text=O%>
17. Miller MJ, Lanfang Xu, Qin J, et al. Impact of Covid-19 on cervical cancer screening rates among women aged 21-65 years in a large integrated health care system – southern California, january 1-september 30, 2019, and january 1-september 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019;70(4):109-13. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7004a1>
18. Ivanus U, Jerman T, Oblak UG, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on organised cervical cancer screening: the first results of the slovenian cervical screening programme and registry. Lancet Reg Health Eur. 2021;5:100101. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100101>
19. Ribeiro CM, Correa FM, Migowski A. Efeitos de curto prazo da pandemia de Covid-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019 – 2020. Epidemiol Serv Saúde. 2021;31(1):e2021405.
20. Duarte MBO, Argenton JLP, Carvalheira JBC. Impact of Covid-19 in cervical and breast cancer screening and systemic treatment in São Paulo, Brasil: na interrupted time series analysis. JCO Glob Oncol. 2022;8:1-16. doi: <https://doi.org/10.1200/GO.21.00371>
21. Prefeitura do Rio de Janeiro. Decreto Rio nº 47.282 de 21 de março de 2020. Determina a adoção de medidas adicionais, pelo Município, para enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus - COVID - 19, e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 2020 mar 21; Seção 1.
22. Secretaria Municipal de Saúde (RJ). Resolução nº 4.330 de 17 de março de 2020. Aprovar e conceder efeito normativo à Nota Técnica da Assessoria Especial - Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 2020 mar 18; Seção 1.
23. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Decreto nº 46.983 de 20 de março de 2020. Amplia as medidas de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (COVID-19) através de restrições no sistema de transporte público e mobilidade urbana, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 2020 mar 20; Ano XLVI; Edição 52-A; Seção 1:1.
24. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Decreto nº 47.012 de 31 de março de 2020. Altera redação do art. 1º do decreto 46.983 de 20 de março de 2020 para incluir o inciso viii que determina a paralisação integral da circulação de trens na operação da extensão Guapimirim e fechamento de todas as estações no trecho entre as estações de Saracuruna e Guapimirim. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 2020 abr 1; ano XLVI; Edição 60; Seção 1:3.
25. Brierley JD, Gospodarowicz M, Wittekind Ch, editors. TNM Classification of Malignant Tumours. 8 ed. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2017.
26. Bhatla N, Denny L, editoras. FIGO Cancer Report 2018. Inter J Ginecol Obstet. 2018;143(s2):1-158. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12608>
27. Sociedade Brasileira de Radioterapia [Internet]. São Paulo: SBR; 2024. Impacto da pandemia Covid-19 nos serviços de radioterapia do Brasil, 2022. [acesso 2023 mar 13]. Disponível em: <http://www.sbradioterapia.com.br>
28. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. São Paulo: Saraiva; 2023.

Recebido em 26/8/2024

Aprovado em 16/12/2024

