

Diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero: barreiras enfrentadas pelas mulheres durante a pandemia de Covid-19

Francine Meira da Cruz¹  Silvia Francine Sartor¹  María Angélica Arzuaga-Salazar² 
Marilene Loewen Wall¹  Nen Nalú Alves das Mercês¹ 

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná – UFPR. Curitiba/PR, Brasil.

²Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia – UdeA. Medellín, Antioquia, Colombia.

E-mail: mcruzfran@gmail.com

Resumo Gráfico



Resumo

O objetivo deste estudo foi compreender as experiências e barreiras de cuidado à saúde de mulheres com câncer de colo de útero durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa e de estudo de caso múltiplo. Participaram nove mulheres com câncer de colo de útero, e foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. As diferentes trajetórias de cuidado em direção aos serviços de saúde e a busca pelo diagnóstico e tratamento do câncer foram evidentes. Em todas as trajetórias mencionadas, não houve convocação para exame citopatológico do colo do útero. Um dos aspectos marcantes foi o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, que variou de 15 a 150 dias entre as mulheres. Considerando as trajetórias singulares no sistema de saúde, estas foram diferentes durante a pandemia da COVID-19. Algumas barreiras dificultaram o controle e o tratamento do câncer. Este estudo permite compreender trajetórias e práticas nas diferentes lógicas expressas, por meio das quais os princípios de integralidade e resolutividade em saúde podem ser questionados. Assim, sustenta uma prática avaliativa em saúde que privilegia a experiência de saúde ou doença, bem como a busca de cuidado das usuárias.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo Uterino. Saúde da Mulher. Itinerário Terapêutico. COVID-19. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Embora o câncer cervical seja uma doença prevenível, é uma das mais importantes causas de adoecimento e morte em países de baixa e média renda, sendo o terceiro tipo de câncer mais comum entre mulheres de até 45 anos. Em 2020, houve 604 mil novos casos e 304 mil mortes no mundo, com pelo menos 80% delas ocorrendo nesses países. No Brasil, houve 17,7 mil novos casos e 9,2 mil mortes, estimando uma taxa de 6,3 mortes para cada 100 mil mulheres¹.

O papilomavírus humano (HPV) está etiológicamente envolvido e identificado em 95% desses tumores. Mais de 200 tipos foram encontrados, dos quais 20 são conhecidos por causar câncer cervical, e os genótipos 16 e 18 são prevalentes². Além da infecção por esse vírus, outros fatores podem influenciar a doença, como tabagismo, alcoolismo, paridade, imunossupressão, coinfeções sexualmente transmissíveis, múltiplos parceiros, início precoce da vida sexual, uso prolongado de anticoncepcionais orais e relações sexuais desprotegidas³.

Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Estratégia Global para erradicar o Câncer Cervical como um problema de Saúde Pública, visando manter a incidência abaixo de 0,4 por 100.000 mulheres/ano. As evidências sugerem que a erradicação é viável e alcançável, inclusive em países de baixa e média renda, mesmo aqueles com as maiores cargas de doenças⁴.

Esta estratégia fornece um roteiro de inter-

venções comprovadas com base em três pilares com objetivos associados: 1) aumentar a vacinação contra o HPV de meninas de nove a quatorze anos para 90%; 2) aumentar a cobertura do rastreio do cancro do colo do útero em mulheres entre os 35 e os 45 anos em 70%; e, 3) aumentar a cobertura do tratamento para todas as mulheres identificadas com lesões pré-cancêrigenas e cancro do colo do útero invasivo para 90%, tudo até 2030. A longo prazo, se todos os três pilares forem implementados, mais de 74 milhões de casos poderão ser evitados e 62 milhões de vidas de mulheres poderão ser salvas ao longo do próximo século⁵.

Desde que o primeiro caso da doença do Coronavírus - 19 (COVID-19) foi identificado em Wuhan em dezembro de 2019, o número de casos confirmados em todo o mundo ultrapassou 657 milhões, com 6,68 milhões de mortes. Globalmente, foi relatado que há 772.052.752 casos confirmados de COVID-19 com 6.985.278 mortes. De acordo com um relatório da OMS (2020), 42% dos países sofreram interrupções nos serviços de oncologia devido à pandemia, fazendo com que as metas delineadas nesta estratégia de eliminação do câncer cervical fossem adiadas⁶.

As práticas de oncologia programaram medidas específicas, como redução do número de pacientes em clínicas ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos eletivos, suspensão de ensaios clínicos e alta de pacientes de serviços de internação. Essas medidas visam proteger o in-

divíduo e reduzir o contato social⁷.

Dessa forma, a pandemia da COVID-19 afetou a população nos aspectos sociais e econômicos e levou a declínios no sistema de saúde. Devido à alta demanda por cuidados decorrentes da doença, grande parte dos recursos da saúde, incluindo o redirecionamento de profissionais de saúde, foi destinada à pandemia, deixando uma lacuna no cuidado envolvendo promoção e prevenção, que se tornou, a priori, invisível aos serviços de saúde⁸.

Portanto, diante da pandemia que eclodiu, fez-se necessário conhecer as experiências vivenciadas durante o percurso percorrido pelas mulheres dentro da rede de atenção à saúde, desde o surgimento dos primeiros sinais e sintomas, definição do diagnóstico do câncer, tera-

pêutica, até o momento atual. Portanto, a questão norteadora deste estudo foi definida como: qual a experiência em saúde na trajetória de mulheres com câncer de colo de útero durante a pandemia da COVID-19?

Estudos dessa natureza ajudam a entender o comportamento dos indivíduos em relação ao cuidado e como os serviços de saúde são utilizados e funcionam. O caminho percorrido e suas múltiplas repercussões, se não enfrentadas adequadamente, podem resultar em um diagnóstico tardio, reduzindo as chances de cura e aumentando o risco de sequelas e mortes⁹.

Assim, o objetivo do estudo foi compreender as experiências e barreiras de saúde de mulheres com câncer de colo de útero durante a pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, do tipo estudo de caso múltiplo¹⁰, conforme as etapas: 1ª etapa – Definição e delineamento: fase em que foram definidas as proposições teóricas. Os casos foram selecionados de acordo com o objetivo da pesquisa e os instrumentos de coleta de dados desenvolvidos; 2ª etapa – Preparar, coletar e analisar: nesta etapa, foi realizada a preparação para a coleta, transcrição e análise dos dados. As participantes do estudo foram nomeadas Unidade de Análise (UA) de 1 a 9, respectivamente na ordem da entrevista, para garantir o anonimato; 3ª etapa – Analisar e concluir: os dados foram analisados para obter uma forma de compreender, explicar e interpretar o estudo, permitindo explorar as experiências, opiniões, comportamentos e contextos em que as mulheres estavam inseridas e chegar a uma conclusão. Além disso, o estudo atendeu às recomendações do *Checklist for Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Cenário de Estudo

O estudo foi realizado em uma cidade do sul do Brasil, centro-sul do estado do Paraná.

As participantes foram mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero, cadastradas no Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO), vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Secretaria Municipal de Saúde. Elas também possuíam registro no prontuário eletrônico *Fast Medic* utilizado pelo município no momento do estudo. Após a seleção, o recrutamento foi realizado via telefone ou *WhatsApp* para que as mulheres pudessem ser convidadas, e o pesquisador explicou a pesquisa. Após o aceite, foi agendado o encontro, conforme a disponibilidade de tempo e local de escolha da participante, para coleta de dados.

A definição das participantes foi realizada após busca por mulheres com câncer de colo de útero cadastradas no SISCOLO, no período de dezembro de 2019 a dezembro de 2021. No período de cadastro, havia 54 mulheres, das quais 31 tinham outro diagnóstico ou tinham nome duplicado na lista, e um registro do sexo masculino. Portanto, 22 mulheres tinham diagnóstico médico elegível para a pesquisa. Das 22 mulheres cadastradas, segundo as buscas, houve 02 óbitos, 02 recusas de participação, 01 mudança de cidade e 08 não tiveram contato registrado no prontuário eletrô-

nico. Dessa forma, 09 mulheres participaram.

Fonte de Dados

Para seleção, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estar cadastrado no SISCOLO; ter idade igual ou superior a 25 anos; ter diagnóstico de câncer de colo de útero em qualquer estágio, em qualquer modalidade de tratamento ou em remissão total da doença, no período de dezembro/2019 a dezembro/2021; ter ciência do diagnóstico de câncer, confirmado após consulta ao prontuário eletrônico do *Fast Medic* e contato prévio via telefone; residir no município de estudo (conforme Código de Endereçamento Postal, da residência).

Os critérios de exclusão adotados foram: ter déficit auditivo que impossibilitasse a escuta e a comunicação oral (deficiência auditiva verificada por meio de manifestação autorreferida ou laudo médico e/ou fonoaudiólogo); ter déficit de compreensão e cognitivo que impossibilitasse a comunicação oral (verificado por meio da apresentação de documento comprobatório do déficit, relato verbal da unidade de análise e aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), se necessário no primeiro contato.

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2022. Uma lista impressa do SISCOLO, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo as informações das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero, foi fornecida à pesquisadora durante o período estipulado para a pesquisa. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira foi a coleta de dados no SISCOLO e no *Fast Medic* (prontuário eletrônico) utilizado pela Prefeitura para coleta de informações de identificação pessoal e dados clínicos existentes no sistema, que foi posteriormente preenchido com a participante no momento da entrevista.

O instrumento foi elaborado para a caracterização sociodemográfica e clínica da unidade de análise, que continha sexo, idade, cor/raça, religião, profissão, estado civil, renda individual e familiar, escolaridade, entre outros. Os dados

clínicos pesquisados foram hábitos de vida, atividade física, início da atividade sexual, número de parceiros, uso de anticoncepcionais, exame citopatológico, dados sobre gestação, presença de infecções sexualmente transmissíveis, doenças prévias, início dos sintomas, diagnóstico clínico, tratamento e acompanhamento, contágio pela COVID-19.

Na segunda etapa, após contato telefônico prévio para pré-estabelecimento de relacionamento com os participantes e aceite da participação, foi agendada a entrevista, sendo utilizado um roteiro semiestruturado, que também continha três perguntas/frases disparadoras: 1) Conte-me como você descobriu que estava doente (problema ginecológico). 2) Conte-me como você tem trilhado o caminho para tratar e cuidar da doença. 3) Como você se sente/se sente em relação à pandemia da COVID-19?

A entrevista foi conduzida pelo pesquisador principal e primário, o áudio foi gravado e realizado em nove domicílios. Durante todas as entrevistas, apenas o pesquisador e o entrevistado estavam presentes. As entrevistas foram conduzidas em locais onde a privacidade pudesse ser mantida, e os participantes estivessem confortáveis para falar. Sua duração variou de 36 minutos a 1 hora e 47 minutos.

Após as entrevistas, os dados brutos e as anotações do pesquisador foram transcritos para um documento *Word*. Os participantes receberam um *feedback* para validar sua fala. Sete foram fornecidos via *WhatsApp*, um via e-mail e um queria uma cópia impressa. Este foi entregue pessoalmente pelo pesquisador. Não houve solicitação de alterações, conforme aprovação deles. As entrevistas foram impressas para digitalização óptica e armazenadas no *Google Drive*.

Durante o período de coleta de dados, o pesquisador utilizou máscara e álcool para higienização das mãos antes do início e após o término da entrevista. Além disso, foi mantida distância do entrevistado. Máscara e álcool estavam disponíveis para as mulheres que escolheram usá-los.

Análise dos Dados

Para analisar qualitativamente os dados

obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas, adotou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Creswell¹¹, que tem cinco etapas: 1) Organização e preparação dos dados para análise: transcrição dos dados brutos, das entrevistas completas e das notas. Após a transcrição, os participantes receberam feedback para validação; 2) Leitura completa dos dados: obtenção de uma percepção geral das informações e reflexão sobre seus significados; 3) Codificação dos dados: os dados foram organizados e os segmentos de texto foram agrupados. Isso foi realizado pelo pesquisador principal e revisados pelos outros autores envolvidos. Os dados foram processados e codificados em classes; 4) Descrição dos dados: com base na codificação atribuída, foram criadas categorias para análise; e 5) Representa-

ção da análise: descrição dos temas.

Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Departamento de Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o Parecer número 5.703.737/2021, CAAE número 53156321.0.0000.0102, e todos os preceitos éticos e legais nas resoluções vigentes foram respeitados. Após leitura e esclarecimento de dúvidas, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nas entrevistas, foram consideradas as recomendações do Ofício Circular número 2/2021 do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, quanto à realização de pesquisas durante a pandemia.

RESULTADOS

Conforme a Tabela 1, são apresentados dados comparativos sobre aspectos relacionados aos registros documentais no prontuário eletrônico

e referidos pelas Unidades de Análise durante a entrevista, delineando os dados objetivos sobre o adoecimento por câncer do colo do útero.

Tabela 1 - Síntese dos dados dos casos de mulheres com câncer de colo uterino estudados (N=9). Brasil, 2024.

Tipo	Estágio	Idade	Primeiros Sintomas	Porta de Entrada	Exames	Tratamento	Dias entre o diagnóstico e o início do tratamento
P1 Carcinoma espinocelular bem diferenciado	Totalmente avançado	62	Sangramento intenso e persistente com presença de coágulos	Unidade de Atenção Primária à Saúde	Exame citopatológico, biópsia e exames laboratoriais de sangue	Quimioterapia e radioterapia	120
P2 Carcinoma espinocelular do colo do útero	FIGO IB 2	59	Leucorreia com odor fétido	Unidade de Atenção Primária à Saúde	Exame citopatológico, biópsia, tomografia, ultrassonografia, ressonância magnética, exames de sangue	Quimioterapia, radioterapia e braquiterapia	60
P3 Carcinoma espinocelular bem diferenciado e invasivo	C3	43	Sangramento de escape após a relação sexual	Consultório médico particular	Exame citopatológico, biópsia e tomografia	Quimioterapia, radioterapia e braquiterapia	45
P4 Carcinoma espinocelular invasivo bem diferenciado	Nenhuma informação	68	Sangramento excessivo, fraqueza e mal-estar	Consultório médico particular	Exame citopatológico, biópsia e tomografia	Quimioterapia, radioterapia e braquiterapia	15

continua...

...continuação - Tabela 1.

Tipo	Estágio	Idade	Primeiros Sintomas	Porta de Entrada	Exames	Tratamento	Dias entre o diagnóstico e o início do tratamento
P5							
Lesão intraepitelial de alto grau - neoplasia intraepitelial cervical grau III/ carcinoma "in situ"	Grau III	45	Dor em baixo-ventre	Consultório médico particular	Exame citopatológico, biópsia e ultrassonografia	Histerectomia e radioterapia	30
P6							
Carcinoma espinocelular não queratinizante invasivo	pT1 bi (B1) / NIC III/ pT1 b1 pNO (IBI)	44	Leucorreia recorrente, dor lombar e edema abdominal	Consultório médico particular	Exame citopatológico, colposcopia, biópsia, ultrassonografia abdominal e transvaginal	Histerectomia total	Menos de 30 dias
P7							
Carcinoma espinocelular invasivo moderadamente diferenciado associado a adenocarcinoma endocervical "in situ"	Grau III	27	Irregularidade menstrual e sangramento de escape	Consultório médico particular	Exame citopatológico, biópsia, tomografia, eletrocardiograma e exames de sangue	Histerectomia	150
P8							
Nenhuma informação	Grau III	32	Dor abdominal, dor em baixo-ventre, distensão abdominal, secreção fétida, sangramento e dispareunia	Consultório médico particular	Exame citopatológico e biópsia	Conização	Mais de 30 dias
P9							
Nenhuma informação	Nenhuma informação	45	Leucorréia com odor fétido e sangramento	Unidade de Atenção Primária à Saúde	Exame citopatológico, biópsia, ultrassonografia, tomografia e exames laboratoriais de sangue	Quimioterapia, radioterapia e braquiterapia	Mais de 30 dias

Dados fonte: Os pesquisadores. Brasil, 2024.

Participaram nove mulheres de 40 a 49 anos (n=04), 59 a 68 anos (n=03), uma de 27 e outra de 32 anos. Em relação ao tipo histológico, observou-se carcinoma espinocelular em cinco mulheres, uma com carcinoma "in situ" e uma com carcinoma espinocelular associado a adenocarcinoma "in situ". Duas não tinham registro e desconheciam o tipo histológico.

Os relatos que levaram à suspeita do diagnóstico de câncer foram sinais e sintomas relacionados à doença. No entanto, por serem percebidos de forma esporádica, a busca por serviços de saúde ocorreu quando se intensificaram ou foram previamente investigados em outros sistemas sem resolução da questão.

Os sinais mais comuns foram sangramento, leucorreia, dor em baixo ventre, irregularidade menstrual e dispareunia. Diante dos sinais apresentados, elas relataram procurar serviços de saúde para iniciar o processo de investigação. Ficaram evidentes as diferentes trajetórias de atendimento na busca por serviços de saúde em busca de diagnóstico e tratamento. Das nove mulheres, cinco buscaram atendimento médico na rede privada de saúde. As outras quatro tiveram como porta de entrada o serviço de atenção primária à saúde de referência.

Em todas as trajetórias, não houve convocação para exame citopatológico do colo do útero. Esse exame foi feito por iniciativa da

mulher ou por incentivo de familiares, muitas vezes quando os sintomas eram relatados.

Em relação ao início da atividade sexual, quatro mulheres iniciaram aos 16 anos, uma aos 17 anos, três aos 18 anos e uma aos 19 anos, caracterizando o início precoce. Observou-se que a busca por atendimento na rede de saúde ocorreu quando havia sintomas concretos e a doença estava em progressão, demonstrando a deficiência no rastreamento do câncer de colo do útero, seja pela não convocação para o exame ou pela não procura pelo mesmo.

Todas as mulheres realizaram o exame citopatológico e, após constatada a alteração, realizaram outros exames, como biópsia, ultrassonografia abdominal e transvaginal, tomografia computadorizada, ressonância magnética e colposcopia, corroborando os exames que são indicados para o diagnóstico da doença. Os tratamentos realizados foram para cinco mulheres: quimioterapia, radioterapia e braquiterapia; três mulheres foram submetidas à histerectomia; e uma mulher foi submetida à conização.

Da avaliação e análise qualitativa emergiram duas categorias: Trajetória até o Diagnóstico: barreiras que influenciam o prognóstico; e Desafios trazidos pela pandemia da Covid-19: efeitos no diagnóstico do câncer de colo uterino. É importante destacar que foi realizada a confirmação das falas das participantes.

Trajetória até o diagnóstico: barreiras que influenciam o prognóstico

Na busca pelo diagnóstico e tratamento do câncer, a trajetória do cuidado tem muitos caminhos. Um dos principais aspectos foi o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, que variou de 15 a 150 dias entre as mulheres.

Quando uma das mulheres foi questionada sobre esse tempo, ela relatou a demora para ser diagnosticada e que precisou ser encaminhada para atendimento especializado para obter diagnóstico e tratamento, como evidenciado pela seguinte fala: *“Demorou para me atenderem. Não quiseram me atender no posto. Me deram uma injeção, o sangramento parou e eu fui para casa. Voltei ao posto novamente e não quiseram me atender, então me*

encaminharam para o posto Y. No posto, passei um tempo consultando e depois que fiz o exame, fui para o Hospital X e me trataram muito bem”. (AU1).

Os relatórios das AUs 2 e 7 mostraram que o prazo de 60 dias para início do tratamento oncológico foi ultrapassado. A AU 2 levou em média 120 dias, e a AU 7 levou em média 150 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Esses dados revelam que o sistema de saúde do Município não atendeu às demandas das mulheres diagnosticadas com câncer em termos de início rápido do tratamento. Foi constatado que nem todos os casos foram iniciados em até 60 dias da data da confirmação do diagnóstico.

Desafios trazidos pela pandemia da Covid-19: efeitos no diagnóstico do câncer de colo de útero

Neste estudo, a dificuldade de acesso aos exames preventivos no Sistema Único de Saúde (SUS) foi um dos aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde da atenção primária e teve impacto direto nas ações de prevenção e detecção precoce.

O exemplo de barreira de acesso ao exame no SUS, em um momento específico vivenciado pelo país - a pandemia da COVID-19, fica evidente conforme o depoimento a seguir: *“Eu falei: - Meu Deus, eu não fiz o preventivo ano passado justamente por causa da pandemia. No posto não estava colhendo então eu não fiz o exame”*. (AU 5).

Outro depoimento mostra que a porta de entrada foi a rede privada devido à pandemia da COVID-19 e à interrupção momentânea do serviço de rastreamento: *“No começo era na rede privada, depois todo o meu tratamento foi pelo SUS. Só não fui pelo SUS no começo porque era pandemia, estava parado e a rede de saúde tinha restrição e só atendia COVID”* (AU3).

Os dois depoimentos revelam falhas no sistema público de saúde devido à falha no rastreamento dessas mulheres para realizar ações preventivas contra a doença durante a pandemia da COVID-19. Quando perguntadas sobre como se sentiam em relação à pandemia e ao adoecimento por câncer de colo de

útero, elas demonstraram seus sentimentos, conforme demonstrado nos depoimentos abaixo. Sentimentos como medo do contágio pela COVID-19 foram mencionados: “A pandemia me afetou, o medo de perder pessoas, o medo de ter COVID nesse intervalo de tratamento, e não ter médico, hospital, UTI, não ter leito para ficar internada. Fiquei dois meses em casa, tomando remédios paliativos com medo de ir ao pronto-socorro e ter COVID ou trazer COVID para dentro de casa, porque minha filha estava grávida e minha mãe era idosa. Eu não tinha defesa, então não fui ao pronto-socorro. A pandemia me afetou nesse sentido, piorando minha doença, o efeito colateral da colite” (AU 3). “Eu tinha mais medo da pandemia do que do câncer. Eu não saía de casa. Eu me cuidava” (AU 4).

Outras demonstraram que o cuidado com a saúde precisou ser redobrado diante do fato de terem câncer e estarem vivenciando a pandemia da COVID-19: “Foi difícil porque, além de ter câncer, tivemos que usar máscara e cuidar de nós e de quem estava próximo. O cuidado acabou tendo que ser redobrado” (AU 9).

O depoimento a seguir destaca a diminuição

do fluxo de pessoas atendidas no serviço de saúde, onde eram prestados os tratamentos e cuidados que eram necessários naquele momento: “Fiz tratamento (no hospital) logo no começo da pandemia. Tivemos que passar por triagem e cuidados com álcool, máscaras e distanciamento. O número de pessoas em tratamento lá diminuiu significativamente” (AU 2).

Os depoimentos da AU retratam os cuidados instituídos, como uso de máscaras, higienização das mãos com álcool e distanciamento social, também destacados pelas unidades de análise.

Em relação à infecção por COVID-19, quatro foram infectados, mas nenhum apresentou complicações devido à doença. Duas UA realizaram consulta médica via serviços de saúde primários e telessaúde (consulta online), sendo tratadas conforme os sinais e sintomas apresentados. As outras duas UA que não passaram por avaliação médica se automedicaram utilizando o “kit Covid”, composto por azitromicina, ivermectina e cloroquina.

Durante a pandemia, as UA foram diagnosticadas, iniciaram e concluíram o tratamento, apresentando prognóstico favorável com remissão total da doença ou potencial de cura.

DISCUSSÃO

Os resultados permitiram destacar aspectos que corroboram outros estudos. Em relação à faixa etária no momento do diagnóstico, variou entre 40 e 59 anos, com média de idade de 50,65 anos. Na Holanda, as mulheres apresentaram média de idade de 47,9 anos, e em outro estudo realizado com pacientes diagnosticadas com câncer de colo de útero e tratadas pelo SUS em Minas Gerais, a média de idade foi de 55,3 anos, e a mediana de 55 anos¹². Dentre os tipos histológicos mais prevalentes, o carcinoma espinocelular representa aproximadamente 70% dos casos de câncer cervical, enquanto os adenocarcinomas representam aproximadamente 15% a 35% dos casos¹³.

Os sinais e sintomas do câncer cervical começam com sangramento vaginal

intermitente e durante ou após a relação sexual vaginal. Corrimento vaginal anormal também foi prevalente como um dos principais sintomas. A presença de corrimento facilita o surgimento de neoplasias cervicais, que, quando não tratadas, podem desencadear lesões displásicas no colo do útero, com risco de evoluir para câncer. Além disso, mulheres com uma infecção sexualmente transmissível (IST) têm um risco seis vezes maior de desenvolver câncer cervical quando o tratamento não é adequado. Outros sinais e sintomas incluem dor e desconforto durante a relação sexual; dor abdominal inferior intermitente ou persistente, sangramento pós-menopausa, presença de lesão cervical, histórico familiar, alteração nos períodos menstruais e sangramento intermenstrual¹⁴.

Em relação à experiência das mulheres com o rastreamento do câncer de colo do útero, observou-se que a presença de algum sintoma ginecológico foi o principal motivo relatado para a procura e realização do exame Papanicolau e que, dentre esses sintomas, a dor e o desconforto durante a relação sexual estiveram entre os mais citados¹⁵. Os sintomas que levaram à procura de atendimento médico precoce foram dor abdominal inferior, corrimento ou sangramento vaginal anormal¹⁶.

Neste estudo, evidenciaram-se as diferentes trajetórias assistenciais na busca por serviços de saúde e na busca por diagnóstico e tratamento. Em relação à porta de entrada preferencial na Atenção Primária à Saúde (APS), as mulheres relataram utilizar o serviço de saúde primário como serviço de busca para ações assistenciais. Outro aspecto considerado no mesmo estudo é que algumas usuárias indicaram problemas quanto à “abertura” da porta de entrada via APS ao apontarem situações que poderiam ser resolvidas pelas equipes, cuja recusa resultou em peregrinações entre outros serviços pela rede de atenção à saúde. Constatou-se que após o encaminhamento para a atenção especializada, a APS desapareceu da maioria das trajetórias e, quanto ao plano de cuidado, as poucas usuárias que retornaram ao serviço de saúde primário o fizeram por iniciativa própria, geralmente pela necessidade de agendamento de consultas e exames para atenção especializada. Na maioria dos casos, não foram identificados os profissionais de referência que coordenavam o atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹⁷.

Os achados da literatura corroboram com este estudo, pois, na maioria das trajetórias, o primeiro acesso à atenção especializada foi garantido na rede pública do município onde as mulheres residem, por meio de encaminhamento do serviço de saúde primário. As mulheres que buscaram a rede privada de saúde tiveram que retornar à APS para os devidos encaminhamentos, seja para despesas com consultas médicas,

seja para exames diagnósticos. Por se tratar de uma doença que exige tratamento de alto custo e posterior acompanhamento, a maioria optou por recorrer ao SUS. A partir disso, os procedimentos, consultas e exames a serem realizados foram agendados diretamente pela atenção especializada, distanciando as mulheres do serviço de saúde primário, e em nenhum momento foram citados profissionais de referência que favorecessem a coordenação do cuidado.

No Brasil, o tipo de rastreamento do câncer de colo de útero é oportunista, no qual não há um controle efetivo das mulheres que realizam o exame nem da frequência. Em adolescentes e mulheres jovens, em especial, o rastreamento pode levar à detecção de lesões com alto potencial de regressão espontânea, reduzindo a incidência de lesões invasivas. Informações de outros países mostram que 67% das mulheres de 15 a 24 anos que iniciaram atividade sexual e 13,9% sem iniciação sexual realizaram exame citopatológico, mostrando o quão frequente é essa prática, mesmo com recomendações contrárias¹⁸.

Em relação ao tratamento do câncer de colo de útero, a maioria das mulheres realiza radioterapia e quimioterapia concomitantemente, seguidas de radioterapia, quimioterapia e cirurgia de histerectomia. Em relação ao primeiro tratamento, houve maior frequência de quimioterapia entre aquelas que iniciaram o tratamento em até 60 dias, enquanto entre aquelas que iniciaram o tratamento após 60 dias, a mais frequente foi a radioterapia¹⁹.

Em outros estudos, também realizados com mulheres usuárias de unidades básicas de saúde, atendidas pelo SUS e portadoras de câncer de colo uterino, os tratamentos também incluíram quimioterapia, radioterapia e cirurgia, sendo realizada histerectomia²⁰. Em outro estudo, em relação ao primeiro tratamento, houve maior frequência de quimioterapia, principalmente entre as mulheres que iniciaram o tratamento em até 60 dias, enquanto entre

as que iniciaram o tratamento após 60 dias, a mais frequente foi a radioterapia¹⁹.

Sabe-se que a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde influenciam diretamente na sobrevida dos pacientes, que aumenta ou diminui conforme o acesso, a existência de programas de rastreio, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos²¹. Nos estudos encontrados, ficou evidente que a maioria das mulheres estudadas realizou o tratamento em momento inoportuno, tendo iniciado o tratamento após 60 dias, ultrapassando o prazo definido pela legislação e corroborando os achados deste estudo²².

Os estudos corroboram com esta pesquisa, demonstrando o atraso no diagnóstico e início do tratamento vivenciado pelos participantes devido à falta de acesso à assistência à saúde, mesmo com sinais e sintomas concretos, fazendo com que, muitas vezes, buscassem a rede privada como primeira porta de entrada. Muitos serviços foram interrompidos durante a pandemia, principalmente em ações preventivas e de rastreamento do câncer de colo de útero, levando a declínios nos cuidados essenciais de saúde ao redor do mundo. Reconhece-se que a COVID-19 afetou os recursos financeiros e causou a interrupção dos programas de saúde, além do acesso dos pacientes aos serviços. Adicionalmente, as medidas de distanciamento social também restringiram o acesso aos cuidados preventivos. Por sua vez, as desigualdades no acesso aos serviços foram exacerbadas devido à pandemia, especialmente em países de baixa e média renda como o Brasil²³.

Em março de 2020, após o início da pandemia da COVID-19 no Brasil, uma portaria do Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomendou que os profissionais de saúde orientassem as pessoas a não procurarem os serviços de saúde para o rastreamento do câncer. Em julho de 2020, essa portaria foi revogada devido à heterogeneidade da situação da pandemia

nos diferentes estados brasileiros²⁴. Embora o rastreio permaneça em percentuais próximos aos considerados ideais pela OMS, nos últimos anos foram identificadas queda no percentual de cobertura e iniquidades no acesso ao exame. Essa queda pode estar relacionada a fatores como falta de investimento na divulgação e busca ativa da população de risco, bem como desconhecimento e conscientização sobre a importância da realização do exame, dificuldade de acesso ao atendimento por profissionais especialistas na área e dificuldade no acompanhamento (longo tempo de espera) das mulheres que apresentaram resultados alterados²⁵.

O cenário da pandemia afetou a cobertura de exames preventivos de câncer de colo de útero no curto prazo, registrando uma redução de 44,6% nos exames citopatológicos em 2020 no Brasil. A pandemia da COVID-19 pode trazer prejuízos futuros devido às interrupções da detecção desse câncer, pois estudos já mostram uma previsão de aumento de casos em 2027, considerando esses atrasos. Países de baixa e média renda podem ser mais afetados, pois a prevalência do rastreamento está mais baixa e a incidência de casos de câncer em estágio avançado está elevada²⁶.

Dados brasileiros mostram que o percentual de mulheres diagnosticadas, segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, com estágio III-IVa de 43,3% antes da pandemia, aumentou para 56,8% durante a pandemia. Países como a Polônia, que têm um programa de rastreamento baseado em Papanicolau, provaram ser os mais vulneráveis à pandemia. A Austrália, que introduziu o teste de HPV a cada cinco anos em 2017 em vez da citologia cervical usada anteriormente, realizada a cada dois anos, foi menos afetada pela pandemia. Mais de 90% das mulheres rastreadas estavam livres de HPV, permitindo que o próximo teste de HPV fosse adiado até o final de 2022²⁷.

Portanto, o planejamento de ações

é fundamental para mitigar os danos decorrentes da COVID-19 e melhorar a assistência à saúde. Ações de busca ativa para rastreamento, diagnóstico e início do tratamento em tempo adequado são consideradas essenciais. Para isso, é preciso contar com o comprometimento da equipe da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento de atividades, além de ser responsável pela saúde da comunidade. Com o auxílio da equipe de saúde, o enfermeiro poderá se aproximar da população e gerenciar suas práticas para prevenir, diagnosticar e tratar o câncer de colo de útero de forma oportuna e eficiente durante a consulta de enfermagem. Quanto mais atuante o enfermeiro for e mais abrangente for o programa de prevenção, melhores serão os resultados de suas ações⁸.

Justamente com a busca ativa, outras estratégias podem ser utilizadas para

identificar e esclarecer dúvidas em relação ao exame, como educação em saúde na comunidade, visita domiciliar às mulheres que estão com o exame atrasado, parcerias com empresas e instituições que possibilitem que seus funcionários compareçam ao serviço de saúde primário para consultas ginecológicas, divulgação na mídia, principalmente por meio de rádio e televisão, por serem de fácil acesso a pessoas de baixa renda, entre outras estratégias que promovam a adesão e a detecção precoce de lesões precursoras no colo do útero⁸.

Em relação às limitações, destacam-se o número de mulheres diagnosticadas durante a pandemia da COVID-19, pois houve recusas, óbitos e a dificuldade de localização de contatos para participar do estudo, resultando em uma amostra pequena, portanto, os dados coletados não podem ser generalizados.

CONCLUSÃO

A jornada de cada mulher foi única na busca por assistência à saúde durante a pandemia da COVID-19. O tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero levou de 15 a 60 dias, e a dificuldade de acesso a exames preventivos, agravada pela vivência da Covid-19, fez com que as mulheres enfrentassem desafios e barreiras, principalmente no sistema de atenção primária à saúde (público e/ou privado). Entre eles, o medo de ir às instituições de saúde, para não infectar familiares e, por vezes, o medo da Covid-19 em si mais do que do câncer.

Outro fato importante a ser destacado é a necessidade de preparação para situações de crise, como a pandemia da COVID-19, uma vez que essas situações podem causar impactos significativos à saúde. Por isso, planejamento, comunicação e preparação são cruciais, assim como o uso adequado de tecnologias de informação e suporte à tomada de decisão. Devido às altas taxas de incidência e aumento semelhante para os próximos

anos, percebe-se que a assistência prestada às mulheres ainda é deficiente, uma vez que suas necessidades não são atendidas de acordo com as políticas públicas voltadas à atenção integral à saúde da mulher, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças e detecção precoce de neoplasias cervicais no nível primário.

A maioria das unidades de análise foi diagnosticada em estágio mais avançado, o que indicou tratamentos mais agressivos. Esses resultados levam à reflexão sobre as possíveis causas para a baixa regularidade na realização de exames de citologia oncológica, bem como para a busca tardia por serviços de saúde. Dessa forma, reafirma-se a importância de métodos regulares de rastreamento e diagnóstico precoce para determinar estágios e definir tratamentos com maiores chances de cura, demonstrando a importância de focar ações e intervenções de políticas públicas nessa faixa etária. Melhorar o acesso aos serviços de saúde e informações é essencial

para o controle do câncer de colo uterino, pois, apesar dos avanços na divulgação de medidas preventivas, ele continua sendo um grande problema de saúde no país.

A identificação e resolução da queixa que leva ao atraso no diagnóstico e outros fatores, como a não realização periódica do exame e

o desconhecimento de sua importância, também foram identificados. Foi possível verificar que o percurso realizado pelas mulheres não seguiu os caminhos previamente definidos pelo sistema de saúde. Portanto, a rede instalada nem sempre é a rede que absorve, acolhe ou resolve as necessidades apresentadas.

Declaração do autor CRediT

Conceitualização: Cruz, FM; Sartor, SF; Mercês, NNA. Metodologia: Cruz, FM; Sartor, SF; Mercês, NNA. Validação: Cruz, FM; Sartor, SF; Arzuaga-Salazar, MA; Wall, ML; Mercês, NNA. Análise estatística: Cruz, FM. Análise formal: Cruz, FM; Sartor, SF. Investigação: Cruz, FM. Recursos: Cruz, FM. Redação-preparação do rascunho original: Cruz, FM; Sartor, SF; Arzuaga-Salazar, MA; Wall, ML; Mercês, NNA. Redação-revisão e edição: Cruz, FM; Arzuaga-Salazar, MA; Wall, ML; Mercês, NNA. Visualização: Cruz, FM; Sartor, SF; Arzuaga-Salazar, MA; Wall, ML; Mercês, NNA. Supervisão: Cruz, FM; Arzuaga-Salazar, MA; Wall, ML; Mercês, NNA. Administração do projeto: Cruz, FM; Mercês, NNA.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Cesar JA, Souto AM, Lelis CD, Pinheiro LP, Dutra RP, Terlan RJ. Citopatológico de colo uterino no extremo sul do Brasil: baixa cobertura e exposição das gestantes mais vulneráveis. *Rev. Bras. Epidemiol* [Internet], 2023 (accessed 02 November 2024); 26: e230032. DOI: 10/1590/1980-549720230032.2
2. da Mata S, Ferreira J, Nicolás I, Esteves S, Esteves G, Lérias S, et al. P16 and HPV genotype significance in HPV-associated cervical cancer—a large cohort of two tertiary referral centers. *Int. J. Mol. Sci* [Internet], 2021 (accessed 02 November 2024); 22(5): 1-14. DOI: 10.3390/ijms22052294
3. da Silva Júnior JA, Oliveira Bezerra LL, Gomes da Silva Freitas JL, Pessoa dos Santos SM, Pinheiro Fernandes de Queiroga R, de Freitas Silva TR. The knowledge of nursing students about cervical cancer. *Rev. Enferm. UFSM* [Internet], 2021 (accessed 02 November 2024); 11(e7): 1-18. DOI: 10.5902/2179769241938
4. Keane A, Ng CW, Simms KT, Nguyen D, Woo YL, Saville M, et al. The road to cervical cancer elimination in Malaysia: evaluation of the impact and cost-effectiveness of human papillomavirus screening with self-collection and digital registry support. *Int. J. Cancer* [Internet], 2021 (accessed 02 November 2024); 149(12): 1997-2009. DOI: 10.1002/ijc.33759
5. Ginsburg O, Basu P, Kapambwe S, Canfell K. Eliminating cervical cancer in the COVID-19 era. *Nat. Cancer* [Internet], 2021 (accessed 02 November 2024); 2(2): 133-134. DOI: 10.1038/s43018-021-00178-9
6. Sim J, Shin J, Lee HJ, Lee Y, Kim YA. Impact of coronavirus disease 2019 on cancer care: How the pandemic has changed cancer utilization and expenditures. *Plos one* [Internet], 2024 (accessed 02 November 2024); 19(2): e0296808. DOI: 10.1371/journal.pone.0296808
7. Jazieh AR, Akbulut H, Curigliano G, Rogado A, Alsharm AA, Razis ED, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer care: a global collaborative study. *JCO Glob. Oncol.* [Internet], 2020 (accessed 02 November 2024); 6: 1428-1438. DOI: 10.1200/GO.20.00351
8. Kaufmann LC, França AF, Zilly A, Ferreira H, Silva RM. Repercussions of the COVID-19 pandemic on cervical cancer screening: nurses' perception. *Esc. Anna Nery* [Internet], 2023 (accessed 02 November 2024); 27: e20220401. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0401pt
9. Silva LF, Cursino EG, Brandão ED, Góes FG, Depiant JR, Silva LJ, et al. The therapeutic itinerary of health workers diagnosed with COVID-19. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* [Internet], 2021 (accessed 02 November 2024); 29: 1-10. DOI: 10.1590/1518-8345.4691.3413
10. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Penso Editora; 2016.
11. Creswell JW, Creswell JD. Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Penso Editora; 2021.
12. Gao XS, Boere IA, van Beekhuizen HJ, Franckena M, Nout R, Kruip MJ, et al. Acute and long-term toxicity in patients undergoing induction chemotherapy followed by thermoradiotherapy for advanced cervical cancer. *Int. J. Hyperthermia* [Internet], 2022 (accessed 02 November 2024); 39(1): 1440-1448. DOI: 10.1080/02656736.2022.2146213
13. Sardinha AH, Verزارo PM, Rolim NC, Sousa SM, Silva AP, Lopes AR. Association between demographic variables and cervical cancer staging in elderly women: a retrospective study. *Online Braz. J. Nurs.* [Internet], 2021 (accessed 02 November 2024); 20: e20216479. DOI: 10.17665/1676-4285.20216479
14. De Sousa ML, Cantinho KM, de Alencar LN, Andrade IL, Costa LM, Barbosa SM, et al. Câncer de colo do útero: sinais e sintomas na Atenção Primária à Saúde. *Res. Soc. Dev.* [Internet], 2022 (accessed 02 November 2024); 11(13): e591111335891-. DOI: 10.33448/rsd-v11i13.35891
15. de Farias KF, Gomes ML, da Silva DM, de Moura EL, dos Santos AC, da Silva AF, et al. Gynecological and obstetric profile of users who perform the Pap smear. *Rev. Enferm. Atenção Saúde* [Internet], 2023 (accessed 02 November 2024); 12(2): e202382. DOI: 10.18554/reas.v12i2.5998
16. Somanna SN, Murthy SN, Cheluvarayawamy R, Malila N. Time from self-detection of symptoms to seeking definitive care among cervical cancer patients. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* [Internet], 2020 (accessed 02 November 2024); 21(11): 3301-3307. DOI: 10.31557/APJCP.2020.21.11.3301

17. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2019 (accessed 02 November 2024); 35(12): e00004119. DOI: 10.1590/0102-31100004119
18. Madeiro A, Rufino AC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres brasileiras de 18 a 39 anos. *J. Health Biol. Sci.* [Internet], 2022 (accessed 02 November 2024); 10(1): 1-9. DOI: 10.12662/2317-3206jhbs.v10i1.3521.p1-9.2022
19. Moreira DP, Santos MA, Pilecco FB, Dumont-Pena É, Reis IA, Cherchiglia ML. Tratamento ambulatorial do câncer do colo do útero em tempo oportuno: a influência da região de residência de mulheres no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2022 (accessed 02 November 2024); 38(10): e00277521. DOI: 10.1590/0102-311XPT277521
20. Lopes VA. Acesso e continuidade assistencial na atenção ao câncer de colo de útero. *Soc. Debate* [Internet], 2021 (accessed 02 November 2024); 27(2): 231-243. DOI: 10.47208/sd.v27i2.2901.
21. Lopes VA, Ribeiro JM. Cervical cancer control limiting factors and facilitators: a literature review. *Cien. Saude Colet.* [Internet], 2019 (accessed 02 November 2024); 24(9): 3431-3442. DOI: 10.1590/1413-81232018249.32592017
22. Silva DS, Pinto MC, Figueiredo MA. Factors associated with delay in specialized treatment after diagnosis of cervical cancer in Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2022 (accessed 02 November 2024); 38(5): e00022421. DOI: 10.1590/0102-311XPT022421
23. Doubova SV, Arsenault C, Contreras-Sanchez SE, Borrayo-Sanchez G, Leslie HH. The road to recovery: an interrupted time series analysis of policy intervention to restore essential health services in Mexico during the COVID-19 pandemic. *J. Glob. Health* [Internet], 2022 (accessed 02 November 2024); 12 :05033. DOI: 10.7189/jogh.12.05033
24. Duarte MB, Argenton JL, Carvalheira JB. Impact of COVID-19 in cervical and breast cancer screening and systemic treatment in São Paulo, Brazil: an interrupted time series analysis. *JCO Glob. Oncol.* [Internet], 2022 (accessed 02 November 2024); 8: e2100371. DOI: 10.1200/GO.21.00371
25. Vieira YP, Viero VD, Vargas BL, Nunes GO, Machado KP, Neves RG, et al. Tendência e desigualdades no rastreamento autorrelatado do câncer de colo de útero nas capitais brasileiras entre 2011 e 2020. *Cad. Saúde Pública* [Internet], 2022 (accessed 02 November 2024); 38(9): e00272921. DOI: 10.1590/0102-311XPT272921
26. Poniewierza P, Panek G. Cervical Cancer Prevention in the era of the COVID-19 pandemic. *Medicina* [Internet], 2022 (accessed 02 November 2024); 58(6): 732. DOI: 10.3390/medicina58060732
27. Cuadrado C, Vidal F, Pacheco J, Flores-Alvarado S. Acceso a la atención del cáncer en los grupos vulnerables de Chile durante la pandemia de COVID-19. *Rev. Panam. Salud Publica* [Internet], 2023 (accessed 02 November 2024); 46: 1-11. DOI: 10.26633/RPSP.2022.77.

Recebido: 11 agosto 2024.
Aceito: 21 novembro 2024.
Publicado: 04 dezembro 2024.