



Recomendações para detecção precoce de câncer durante a pandemia de covid-19 em 2021

Recommendations for cancer early detection during covid-19 pandemic in 2021

Arn Migowski¹, Flávia de Miranda Corrêa²

Com a pandemia da doença do coronavírus (COVID-19) os atendimentos eletivos, incluindo o rastreamento de câncer, foram interrompidos na maioria dos países devido à priorização das urgências e da redução do risco de disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) nos serviços de saúde.^{1,2}

No Brasil, em 2020, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) publicou uma nota técnica em março que detalhava as ações de detecção precoce que poderiam ou não ser postergadas durante a pandemia e outra em julho indicando algumas orientações e condições para auxiliar a retomada do rastreamento.^{3,4} No início de 2021, com a identificação de nova variante B.1.1.7 do SARS-CoV-2, o advento da vacinação e a crescente preocupação com o impacto na morbimortalidade oncológica⁵ torna-se fundamental fornecer mais elementos para auxiliar os gestores e profissionais de saúde

¹ Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); especialização em Saúde Pública (IESC-UFRJ); mestrado em Epidemiologia (IMS-UERJ) e doutorado em Saúde Pública (IMS-UERJ). Chefe da Divisão de Detecção Precoce de Câncer e Apoio à Organização de Rede do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Pesquisador no Instituto Nacional de Cardiologia (INC). E-mail: arn.Santos@inca.gov.br

² Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); residência médica em Ginecologia e Obstetrícia (HU-UFRJ); mestrado e doutorado em Saúde Coletiva da Criança e da Mulher (IFF/Fiocruz); MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde (HAOC-FIPE). Pesquisadora adjunta e chefe substituta da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

da atenção primária sobre quando e como atuarem na detecção precoce de câncer.

Em geral, o objetivo deve ser agilizar o processo decisório, bem como otimizar e oportunizar ao máximo as ações mais efetivas de detecção precoce de câncer, considerando o monitoramento constante da situação da pandemia no nível local. As ações de rastreamento durante a pandemia demandam uma análise criteriosa dos riscos e benefícios envolvidos, considerando o cenário epidemiológico (incidência e mortalidade por COVID-19) e a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde (disponibilidade de testes para confirmação da infecção e de leitos de enfermagem e terapia intensiva). O risco de protelar o rastreamento de câncer e o risco de contaminação com o novo coronavírus, evolução para COVID-19 e fatores prognósticos relacionados a desfechos mais graves devem ser analisados individualmente.⁴

Nas ações de rastreamento é indispensável assegurar a adesão às diretrizes vigentes, especialmente no tocante às recomendações de população-alvo e periodicidade.^{6,7} Para câncer do colo do útero, a recomendação é um exame citopatológico a cada três anos, em mulheres entre 25 e 64 anos, com história prévia de dois exames iniciais anuais negativos.⁶ Para câncer de mama a recomendação é rastreamento mamográfico bienal de 50 a 69 anos.⁷ Há recomendação explicitamente contrária a se rastrear em periodicidades menores do que a bienal ou fora dessa população-alvo, não se tratando, portanto, de mera priorização de faixa etária ou tampouco de periodicidade máxima entre exames.⁷ A realização de rastreamento de câncer de colo do útero e de mama a despeito dessas recomendações acarreta mais riscos do que benefícios, principalmente no período da pandemia.⁸ O mesmo ocorre para cânceres comumente rastreados na prática clínica, mas para os quais não há recomendação de rastreamento em função da ausência de comprovação conclusiva de benefícios ou para os quais predominam os danos à saúde provocados pelos os exames de rotina em assintomáticos.³ Essas recomendações são especialmente relevantes considerando que no Brasil mesmo para os cânceres de mama e colo do útero predomina o rastreamento oportunístico com periodicidades menores do que as recomendadas, além de ser expressivo o rastreamento fora das faixas etárias recomendadas.^{8,9}

É imprescindível preservar a segurança de usuários e profissionais de saúde em consonância com os protocolos de medidas de prevenção e proteção. Além dos critérios já

enumerados anteriormente ⁴, a realização de investigação diagnóstica deve ser otimizada, evitando-se interconsultas desnecessárias e deslocamento de pacientes para marcação de exames. Indivíduos com resultados de testes de rastreamento alterados anteriormente à pandemia precisam ser localizados, inclusive por busca ativa, e priorizados para investigação diagnóstica adicional. ⁴

No contexto de diferentes fases de propagação do novo coronavírus podem ser implementadas diferentes estratégias para a detecção precoce de câncer do mama e do colo do útero. Assim sendo, de acordo com a estimativa do número básico de reprodução (R_0), que indica para quantas outras pessoas um indivíduo infectado deve transmitir a doença, é possível estabelecer quais ações devem ser priorizadas: ¹⁰

Fase 1 - propagação epidêmica não controlada ($R_0 > 2$): tratamento de pessoas com confirmação diagnóstica de câncer; seguimento, confirmação diagnóstica e tratamento de mulheres com teste de rastreamento positivo pré ou per-pandemia e resultado de alta suspeição, respectivamente mamografias BI-RADS 4 ou 5 para mama e lesões de alto grau, para colo do útero.

Fase 2 - propagação de epidemia controlada ($R_0 \geq 1$ e ≤ 2): rastreamento restrito a mulheres da população-alvo que nunca foram rastreadas ou não foram rastreadas para câncer de mama e colo do útero por mais de dois ou mais de três anos, respectivamente; rastreamento de câncer do colo do útero em mulheres vivendo com HIV/AIDS; seguimento, confirmação diagnóstica e tratamento de todas as mulheres com teste de rastreamento positivo pré ou per-pandemia;

Fase 3 - eliminação da epidemia local ($R_0 < 1$): retorno às recomendações pré-pandemia.

Todavia, a principal limitação inerente a essa estratégia é a capacidade dos sistemas de saúde para disponibilizar a testagem para o novo coronavírus em ampla escala. Conseqüentemente, os indicadores locais, em especial a taxa de ocupação dos leitos de UTI disponíveis, que não deve ultrapassar 85%, nas fases 2 e 3. No caso de câncer de mama é importante recordar que não estão mais vigentes as antigas recomendações de rastreamento com exame clínico das mamas e de antecipação de rastreamento mamográfico em mulheres de maior risco. ⁷

No caso da presença de sinais ou sintomas sugestivos de câncer um profissional ou serviço de saúde deve ser consultado imediatamente com prioridade em

relação às consultas para fins de rastreamento tanto na atenção primária, quanto para regulação de referência para outros níveis de atenção e realização de exames complementares, visando o diagnóstico precoce.⁴ Preferencialmente deve ser reservado espaço na agenda de consultas da atenção primária para atender demanda espontânea de casos com sinais e sintomas suspeitos para fins de investigação diagnóstica inicial.

Enquanto para rastreamento há evidências conclusivas de benefícios para poucos tipos de câncer, para diagnóstico precoce as estratégias devem abranger um número maior de neoplasias. Os seguintes sinais e sintomas são mais preditivos de algumas das topografias de câncer com maior incidência e/ou mortalidade e podem ser usados tanto em ações de conscientização com a população para busca de assistência, bem como para priorização para avaliações médica e de referência para investigação diagnóstica¹¹:

- Câncer de mama: qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos; nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual; nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade; descarga papilar sanguinolenta unilateral; lesão eczematosa da pele da aréola que não responde a tratamentos tópicos; homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral; presença de linfadenopatia axilar; aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja; retração na pele da mama; mudança no formato do mamilo;⁷
- Câncer do colo do útero: secreção vaginal excessiva e/ou sanguinolenta fora do período menstrual, dor e/ou sangramento após relação sexual ou esforço;
- Câncer de pulmão: tosse, falta de ar, hemoptise, dor torácica, perda de apetite, perda de peso, história de tabagismo atual ou prévia, história de infecção pulmonar persistente ou recorrente, baqueteamento digital, linfadenopatia supraclavicular ou linfadenopatia cervical persistente;
- Câncer colorretal: perda de peso, dor abdominal, mudanças no hábito intestinal, sangramento retal, massa abdominal ou retal, anemia;
- Câncer de estômago: náusea, vômito, hematêmese, disfagia, refluxo, dispepsia resistente ao tratamento, dor abdominal alta, perda de peso, anemia;
- Câncer de esôfago: disfagia, perda de peso acompanhada de dor

abdominal alta ou refluxo ou dispepsia;

- Câncer de lábio e cavidade oral: placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, nas gengivas, no palato e na mucosa jugal ou qualquer lesão que não cicatrize em até 15 dias, rouquidão persistente, dificuldade de mastigação e deglutição, dificuldade na fala, assimetria facial, nódulo persistente no pescoço;
- Câncer de próstata: nictúria, frequência urinária, hesitação, urgência, retenção, disfunção erétil, hematúria visível;
- Câncer de pele melanoma: lesões com mudança de tamanho, forma irregular, cor irregular, maior diâmetro ≥ 7 mm, inflamação, secreção, alteração na sensação tátil;
- Câncer de pele não- melanoma: manchas ou nódulos, prurido, ardência, descamação, sangramento, lesões que não cicatrizam em quatro semanas.

Para o bom funcionamento da regulação, é preciso haver clareza dos serviços de referência capazes de levar a termo a investigação diagnóstica de forma conclusiva. Recomenda-se ainda que haja coordenação desse processo de investigação diagnóstica de forma a identificar indivíduos com falhas no processo de seguimento. Deve-se lembrar de que essa não pretende ser uma lista exaustiva de todos os sinais e sintomas possíveis de serem encontrados em indivíduos com câncer e que não foram incluídos critérios de suspeita de cânceres em crianças e adolescentes ou aqueles menos incidentes na população adulta.

REFERÊNCIAS

1. Mitchell EP. Declines in Cancer Screening During COVID-19 Pandemic. *J Natl Med Assoc.* 2020;112(6):563-564.
2. PAHO. Considerations for the Reorganization of Cancer Services during the COVID-19 Pandemic. [Internet]. Washington: Pan American Health Organization (PAHO): 2020. [acesso 2020 dez 07]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52263>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede (DIDEPRE). Nota Técnica Detecção precoce de câncer durante a pandemia de Covid-19. [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA): 2020. [acesso 2020 dez 07]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota->

[tecnica-deteccao-precoce.pdf](#)

4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede (DIDEPRE). Nota Técnica Rastreamento de câncer durante a pandemia de COVID-19. [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA): 2020. [acesso 2020 dez 07]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota-tecnica-rastreamento-covid-didepre-09-jul-2020.pdf>
5. Patt D, Gordan L, Diaz M, Okon T, Grady L, Harmison M et al. Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. JCO Clin Cancer Inform. 2020;4:1059-1071.
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede (DIDEPRE). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA): 2016. [acesso 2020 dez 07]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes-paraorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf
7. Migowski A, Silva GAE, Dias MBK, Diz MDPE, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II - New national recommendations, main evidence, and controversies. Cad Saude Publica. 2018;34(6):e00074817.
8. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, Silva GAE, Sant'Ana DR, Stein AT. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. III - Challenges for implementation. Cad Saude Publica. 2018;34(6):e00046317.
9. Vale DB, Menin TL, Bragança JF, Teixeira JC, Cavalcante LA, Zeferino LC. Estimating the public health impact of a national guideline on cervical cancer screening: an audit study of a program in Campinas, Brazil. BMC Public Health. 2019;19(1):1492.
10. Marais BJ, Sorrell TC. Pathways to COVID-19 'community protection'. Int J Infect Dis. 2020;96:496-499.
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Suspected cancer: recognition and referral [Internet]. Reino Unido: NICE guideline: 2015, jun 23. [acesso 2020 dez 07]. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12/resources/suspected-cancer-recognition-and-referral-pdf-1837268071621>

Submissão: fevereiro de 2021.

Aprovação: fevereiro de 2021.