

# CAPÍTULO 09

## Desafios no suporte ao paciente oncológico em tempos de pandemia

Lucas F C Barros<sup>1</sup> – Ariane A Alves<sup>1</sup> – Marcos V de Oliveira<sup>1</sup>  
David L Gomes da Silva<sup>1</sup> – Lucas R Barbosa da Silva<sup>1</sup>  
Jeaninne A de Azevedo Silva<sup>1</sup> – José Venâncio M Q dos Santos<sup>1</sup>  
Amaro F de Queiroz Júnior<sup>1</sup> – Alexandre C V de Sales<sup>2,3</sup>  
Maria L L Ferreira<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Discente de Medicina; Universidade Federal de Pernambuco; Campus Acadêmico do Agreste; Núcleo de Ciências da Vida; Caruaru-PE.

<sup>2</sup> Docente; Universidade Federal de Pernambuco; Campus Acadêmico do Agreste; Núcleo de Ciências da Vida; Caruaru-PE.

<sup>3</sup> Núcleo de Oncologia do Agreste (NOA).

## RESUMO

**Introdução.** O câncer é a segunda causa principal de morte no mundo, sendo responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes em 2018 e estimativas de 18,1 milhões de novos casos a cada ano. A pandemia da COVID-19 impactou negativamente o atendimento aos pacientes com neoplasias, tanto pelo atraso no tratamento de pacientes já diagnosticados, quanto no diagnóstico tardio de novos pacientes com câncer potencialmente de alto risco. **Objetivo.** Compreender como a pandemia de COVID-19 afetou o suporte ao paciente oncológico, no que diz respeito ao seu tratamento, diagnóstico e rastreamento. **Metodologia.** Trata-se de uma revisão integrativa, com seleção de artigos compostos por estudos de abordagem qualitativa. As bases de dados utilizadas foram PubMed, SciELO, The Lancet e JAMA, por meio dos descritores *Pandemic, Cancer, Screening e Treatment*. **Resultados e Discussão.** Desde o início da pandemia, mudanças diversas ocorreram quanto ao cuidado ao paciente oncológico, passando pela inclusão de horários modificados de tratamento até realocação de recursos humanos e materiais para outras áreas. Embora haja limitação nos dados de algumas pesquisas, pacientes neoplásicos parecem estar mais vulneráveis a piores desfechos da infecção, incluindo maior necessidade de suporte ventilatório e possuem taxas mais elevadas de mortalidade. O estado de imunossupressão do câncer, principalmente no caso dos cânceres hematológicos, aumenta o risco de infecção, que é acentuado quando se leva em conta terapias quimioterápicas citotóxicas e imunossupressoras. Devido à atenuação de programas de triagem e rastreamento, bem como pela diminuição ou suspensão dos serviços em muitos países, a investigação pode ser adiada e, os pacientes, cautelosos em se expor ao risco da infecção, têm sido mais relutantes em se apresentar aos serviços de saúde. Muitas vias de tratamento e exames para acompanhamento do paciente oncológico foram canceladas, alteradas ou adiadas, visando a exposição destes ao SARS-CoV-2. Em comparação ao mesmo período de 2019, ocorreu

uma queda de 37% no número de pacientes que iniciaram o tratamento oncológico em 2020. De forma geral, o tratamento do câncer tem potencial de cura e não pode ser adiado com segurança, embora em alguns tumores de baixo grau o tratamento possa ser postergado por até 12 semanas, conforme avaliação adequada. No âmbito cirúrgico, o suporte ao paciente oncológico também foi reduzido, devido à necessidade de realocação de ventiladores e espaços em unidades de tratamento intensivo. Outras formas terapêuticas, como a quimioterapia neoadjuvante, radioterapia ou terapia hormonal foram mais indicadas, visto que a mortalidade de pacientes que contraíram infecções após atos cirúrgicos pode aumentar de 40 a 50%. Em se tratando de programas de rastreamento, a recomendação inicial da ASCO consistiu no adiamento dos procedimentos centrais, sobretudo àqueles que necessitem da presença física do paciente, a exemplo dos exames de mamografia e colonoscopia. Decisões similares foram tomadas por programas nacionais de rastreamento, provocando diminuição drástica no rastreamento do câncer de colo de útero, pulmão e próstata. Observa-se, por fim, a necessidade de programas dedicados à conscientização pública acerca da situação do suporte oncológico durante a pandemia, bem como um maior uso da telemedicina para alguns aspectos do acompanhamento ao paciente, visando promover a sua segurança. **Conclusão.** A pandemia da COVID-19 tem gerado consequências negativas no cuidado ao câncer, que podem ter efeitos diretos e indiretos para pacientes e serviços de saúde. Os impactos permeiam os contextos do diagnóstico, tratamento e rastreamento da doença, podendo afetar diretamente a sobrevivência dos pacientes.

**Palavras-chave:** *Pandemia; Câncer; Rastreamento; Tratamento.*

## 1. INTRODUÇÃO

As primeiras infecções com Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), que leva à doença por coronavírus (COVID-19), foram relatadas em Wuhan, China, em dezembro de 2019. A COVID-19 está associada a apresentações que variam de infecções assintomáticas a pneumonia viral grave, síndrome do desconforto respiratório agudo e morte (HAMILTON, 2020). O rápido aumento no número de casos de COVID-19 desde a descoberta da infecção viral causada pelo SARS-CoV-2 é bastante preocupante. A COVID-19, alcançou proporções globais registradas em 2020, sendo declarada como uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (HORN; GARASSINO, 2020). Atingindo, até o dia 15 de dezembro de 2020, de acordo com a *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*, um total de 73.365.192 casos e 1.632.554 mortes globais, números alarmantes e que continuam a crescer diariamente.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer é a segunda causa principal de morte no mundo todo, sendo responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes em 2018. Com estimativas de 18,1 milhões de novos casos a cada ano em todo o mundo e cerca de 50 mil novos pacientes sendo diagnosticados todos os dias. As consequências desta crise para o atendimento aos pacientes com neoplasias podem ser duas: atraso no tratamento para aqueles diagnosticados pouco

antes ou durante o surto da COVID-19, pois muitos serviços foram suspensos devido às medidas de distanciamento social e muitos pacientes evitam ir aos serviços de saúde, ou novos pacientes com câncer potencialmente de alto risco sendo submetidos a um processo de diagnóstico tardio com os riscos inerentes à abordagem e terapia tardias, como progressão e perda da chance de cura. Outro fator preocupante seria, a pesquisa em torno do câncer ser afetada, prejudicando muitos níveis fundamentais da investigação clínica, incluindo a inscrição do paciente em ensaios clínicos, acompanhamento e avaliação de eventos adversos (MOUJAESS; KOURIE; GHOSN, 2020).

Os pacientes com câncer mostram desenvolver casos mais graves da infecção, incluindo uma maior necessidade de intubação para suporte ventilatório. Além disso, as vias de tratamento foram alteradas para reduzir a exposição desses pacientes com câncer ao vírus causador da COVID-19, como também muitos ensaios clínicos acabaram sendo suspensos, reduzindo as opções de terapias (RICHARDS *et al.*, 2020).

Por este motivo, em meio a pandemia, os oncologistas necessitam pesar os riscos de mortalidade e morbidade da COVID-19 em relação à magnitude do benefício das terapias contra o câncer pretendidas. Existem evidências claras de que a idade avançada e os níveis mais elevados de comorbidade estão associados a sintomas e resultados adversos da COVID-19 mais graves, esta consideração

é altamente relevante para pacientes com câncer, evidenciando que para muitos pacientes com neoplasias, os prováveis benefícios de sobrevivência de receber tratamento ainda superam os riscos de morte da COVID-19 (GREENWOOD; SWANTON, 2021).

Os cuidados oncológicos enquadram-se em quatro categorias: primeiro, são os cuidados que não são sensíveis ao tempo, que podem ser realizados remotamente nos pacientes de baixo risco em quimioterapia, ou de forma mista, ao incluir visitas de sobrevivência e vigilância para pacientes que completaram o tratamento e não apresentaram sintomas agudos do câncer. Além dos exames de sangue e estudos de imagem podem ser adiados, na maioria dos casos, até que a capacidade do sistema normalize. Em segundo lugar, estão os cuidados que não podem ser prestados remotamente, mas para os quais a omissão ou atraso do tratamento tem um efeito marginal na qualidade ou quantidade de vida. A exemplo dos cuidados oncológicos que envolvem quimioterapia sistêmica para pacientes com câncer avançado, utilizados para a maioria dos tumores sólidos metastáticos, que, além do terceiro regime, não oferece melhora na sobrevida além de algumas semanas, sendo aconselhado o direcionamento para cuidados de suporte (LE GOUILL, 2020).

Terceiro, e mais desafiador, estão as situações para as quais o atraso tem uma influência adversa clinicamente importante moderada na qualidade de vida ou sobrevida. Em quarto lugar, e mais claro, está o

tratamento do câncer que tem potencial para curar e não pode ser adiado com segurança. Isso inclui a maioria dos pacientes com novos diagnósticos de leucemia aguda, linfoma de alto grau e aqueles com tumores responsivos à quimioterapia, como câncer testicular, ovariano e de pequenas células do pulmão. Apesar dos riscos, os oncologistas não estão modificando esses tratamentos porque esses cânceres são provavelmente mais letais do que a COVID-19 (LE GOUILL, 2020).

Uma vez que o câncer de um paciente e o risco percebido de contrair infecção por SARS-CoV-2 são determinados, o próximo passo é considerar a capacidade do sistema de saúde local de atender às necessidades existentes e projetadas. Isso requer conhecimento sobre se o sistema está na fase preparatória, aguda ou de crise da pandemia (HANNA; EVANS; BOOTH, 2020).

Sendo assim, é significativamente provável que os serviços de oncologia foram atingidos drasticamente durante a pandemia. A recuperação está acontecendo, mas necessitará de um longo período para que sejam restaurados aos níveis pré-pandêmicos, demonstrando a necessidade de estabelecer um sistema eficiente de testes da COVID-19 para os profissionais e pacientes, proteger os serviços de diagnóstico e rastreamento do câncer, revigorar os ensaios clínicos com urgência, além de aumentar a capacidade dos serviços. Os dados colhidos do primeiro pico da pandemia devem informar o desenvolvimento de diretrizes que irão garantir aos pacientes oncológicos o acesso aos melhores diagnósticos, cuidados e

tratamentos (GREENWOOD; SWANTON, 2021). A discussão sobre a questão da priorização do tratamento, a segurança para pacientes com câncer que requerem tratamento em áreas endêmicas de SARS-CoV-2, as principais ações e modificações implementadas nas áreas de consulta, horários e instalações, a estrutura geral para priorizar o atendimento ao câncer é de suma importância para fornecer perspectivas importantes de oncologia clínica, doenças infecciosas e estruturas de valor oncológico (RODRIGUEZ-COVARRUBIAS, 2020; HANA, 2020).

## 2. OBJETIVO

A presente revisão, possui como objetivo principal compreender como as pandemias, principalmente a da COVID-19, podem afetar o suporte ao paciente oncológico, no que diz respeito ao seu tratamento, diagnóstico e rastreamento.

## 3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, sob formato de revisão integrativa, com seleção de artigos composta por estudos de abordagem qualitativa. A busca por artigos e estudos foi realizada nas bases de dados: *United States National Library of Medicine (PubMed)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *The Lancet*, *Nature* e *Journal of the American Medical Association (JAMA)* por meio dos seguintes descritores pertencentes ao

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ao *Medical Subject Heading (MeSH)*: Pandemia (*Pandemic*), Câncer (*Cancer*), Rastreamento (*Screening*) e Tratamento (*Treatment*).

Os descritores foram aplicados em combinação, através do operador booleano "AND". Os critérios de inclusão foram: estudos publicados em 2020 e em humanos, ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRC), ensaios clínicos, revisões sistemáticas de ECRC, revisões sistemáticas de estudos de coorte e revisões de literatura. A prevalência maior de outros tipos de estudos além de ECRC e revisões sistemáticas (nível A de evidência) se deu em função da COVID-19 ser uma patologia de recente descoberta e, dessa forma, haver limitação no resultado dos estudos de alto nível de evidência. Nesse contexto, percebeu-se como ainda mais restritos os estudos de alto nível de evidência referentes à sua associação com a assistência oncológica. Os critérios de exclusão foram: estudos que não estivessem disponíveis em inglês ou português, relatos de caso, artigos de pontos de vista, editoriais, casos-controle, estudos *in vitro*, com animais e que possuíam título e resumo sem relação direta com a questão orientadora desta revisão.

O uso dos descritores por meio do operador booleano nas bases de dados retornou 479 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como da leitura de todos os autores dos títulos e do resumo dos estudos, foram obtidos 22 estudos, que foram utilizados para a



realização desta revisão. Ademais, foram levantados dados referentes a incidência de câncer nos sites do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do DATASUS, além de serem utilizados ofícios publicados pelas Sociedades Brasileiras de Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, os resultados encontrados na pesquisa bibliográfica serão apresentados, sendo caracterizados de acordo com as informações elementares obtidas durante a análise dos textos escolhidos. Posteriormente, haverá a discussão acerca das principais dificuldades na assistência ao paciente oncológico durante a pandemia de COVID-19, no ano de 2020.

Durante a avaliação sistemática dos estudos que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão desta revisão, constata-se que todos os artigos selecionados (100%) estão redigidos na língua inglesa com ano de publicação em 2020, que é um dos critérios de inclusão. A carência de estudos em outros idiomas explica-se, além do primeiro critério de exclusão, pela escolha das bases de dados, que apresentam como local de criação os Estados Unidos (50%) e o Reino Unido (50%), países cujo idioma oficial é o inglês.

Contudo, a origem dos 22 artigos selecionados é diversa. Apesar da concentração notória no continente europeu,

cuja a soma atinge treze (59,1%) artigos, nos quais três (13,6%) abrangem todos os países que o compõem, um (4,5%) é proveniente da Alemanha, três (13,6%) da Itália, seis (27,3%) do Reino Unido, sendo um (4,5%) deles restrito à Inglaterra, também obteve-se dois (9,1%) artigo originário da China, únicos do continente asiático, além de um (4,5%) oriundo do Brasil, um (4,5%) do Canadá e seis (27,3%) dos Estados Unidos, totalizando oito (36,4%) artigos no continente americano.

Destaca-se também, que quatro (18,2%) artigos não apresentavam localidade específica. Ademais, cinco (22,7%) estudos apresentavam dados comparativos entre duas regiões, o que explica a superação da soma dos artigos nas localidades específicas, sendo um (4,5%) entre a Itália e a Alemanha, um (4,5%) entre a Itália e a China, um (4,5%) entre Reino Unido e Estados Unidos e dois (9,1%) entre a Europa e os Estados Unidos. Tal fator pode ser explicado pelas divergências de ação e impacto da pandemia de COVID-19.

Quanto a análise metodológica dos artigos, onze (50%) tratam-se de revisões de literatura, cinco (22,7%) são ensaios clínicos, um (4,5%) aborda um estudo transversal, um (4,3%) é um estudo de coorte, três (13,6%) são revisões sistemáticas de ECRC e um (4,5%) é uma revisão não-sistemática de literatura. Todas essas informações, juntamente com o período de estudo de cada produção científica selecionada, são observadas no **Tabela 1**.

**Tabela 1.** Descrição do tipo de pesquisa, localização e período de estudo dos artigos selecionados, 2020.

Tipo de estudo	Autor/ano	Localização	Mês/ano de estudo
Revisão de literatura	ADDEO e FRIEDLAENDER, 2020.	China e Itália	05/2020
	CHEN-SEE, 2020.	Canadá	07/ 2020
	GOURD, 2020.	Reino Unido	10/2020
	GREENWOOD e SWANTON, 2020.	Reino Unido	10/2020
	HAMILTON, 2020.	Reino Unido	08/2020
	HORN e GARASSINO, 2020.	N/D	10/2020
	MOUJAESS, KOURIE e GHOSN, 2020.	N/D	04/2020
	RAYMOND <i>et al.</i> , 2020.	N/D	05/2020
	RICHARDS <i>et al.</i> , 2020.	Reino Unido e EUA	05/2020
	TSANG <i>et al.</i> , 2020.	N/D	11/2020
	VECCHIONE <i>et al.</i> , 2020.	Europa	05/2020
Ensaio clínico	CHAGAS <i>et al.</i> , 2020.	Brasil	08/2020
	CIVANTOS <i>et al.</i> , 2020.	EUA	02-04/2020
	HANNA, EVANS e BOOTH, 2020.	China	04/2020
	JONES <i>et al.</i> , 2020.	Reino Unido	04/2020

Tipo de estudo	Autor/ano	Localização	Mês/ano de estudo
	MAIDA, 2020.	Itália	03-04/2020
Estudo transversal	KAUFMAN <i>et al.</i> , 2020.	EUA	04/2020
Estudo de coorte	MARINGE <i>et al.</i> , 2020.	Inglaterra	08/2020
Revisão sistemática de ECRC	NAGAR e FORMENTI, 2020.	EUA e Europa	04/2020
	QUARTO <i>et al.</i> , 2020.	Itália e Alemanha	07/2020
	SCHRAG, HERSHMAN e BASCH, 2020.	EUA	03/2020
Revisão não-	RODRÍGUEZ-COVARRUBIAS,	EUA e Europa	05/2020

Legenda: N/D: Não definido, sem restrição de local.

### 4.1. Pandemia de COVID-19

O novo coronavírus, conhecido por ocasionar a SARS-CoV-2, teve seu primeiro relato em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, China (CHAGAS *et al.*, 2020). A rápida disseminação global desse vírus levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar um estado de pandemia em março de 2020, chegando, em menos de 10 meses, a mais de 1,6 milhões de mortes, de acordo com a *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*.

Com uma transmissão que ocorre sobretudo por meio de gotículas respiratórias, contato direto com paciente infectado ou com fômites em ambiente contaminado, a maioria

dos pacientes desenvolvem sintomas leves, embora quase 20% daqueles com infecção confirmada desenvolvam complicações significativas, que incluem Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SARA), choque séptico e falência de múltiplos órgãos, com uma taxa de mortalidade que varia entre 3 a 6% (MOUJAESS; KOURIE; GHOSH, 2020; ADDEO; FRIEDLAENDER, 2020). Situação que é ainda mais grave em pacientes oncológicos, que totalizam mais de 18 milhões de pessoas diagnosticadas em todo o mundo, por estarem relacionados a piores desfechos da infecção e taxas mais elevadas de mortalidade, embora sejam necessários mais estudos (RICHARDS *et al.*, 2020; HORN; GARASSINO, 2020).



Além disso, devido a carga sem precedentes da COVID-19 nos sistemas de saúde a nível global, múltiplas mudanças na prestação de cuidados oncológicos, incluindo desde o diagnóstico até o tratamento, têm sido necessárias e recomendadas por órgãos profissionais e comissários de serviços globais para minimizar a exposição potencial ao SARS-CoV-2 e reduzir os riscos. Ações que resultarão em riscos inevitáveis para os desfechos de pacientes com neoplasias (MARINGE *et al.*, 2020; RICHARDS *et al.*, 2020).

#### 4.2. Câncer e COVID-19

No contexto pandêmico, a atenção de profissionais e pesquisadores da saúde se voltou para o grupo de risco da COVID-19, composto por aqueles com maior risco de infecção e de agravamento no quadro da doença. Existem evidências claras de que pacientes idosos com múltiplas comorbidades, especificamente diabetes, hipertensão e obesidade, têm um risco aumentado de desenvolver COVID-19 grave após infecção por SARS-CoV-2 (HORN; GARASSINO, 2020; HANNA; EVANS; BOOTH, 2020).

Na China, por exemplo, as primeiras estimativas sugerem uma taxa geral de letalidade por COVID-19 de 2%, entretanto, essa taxa aumenta para 8% em pessoas de 70 a 79 anos de idade, atingindo 15% naqueles maiores de 80 anos de idade. Situação que também ocorre em pacientes com enfermidades associadas, atingindo 11% para

doenças cardiovasculares, 7% para diabetes, 6% para doenças respiratórias crônicas e 6% para câncer, exclusivamente (HANNA; EVANS; BOOTH, 2020; HORN; GARASSINO, 2020).

Porém, à medida que os dados sobre esses riscos evoluíram, as evidências demonstram, cada vez mais, que a taxa de letalidade pode ser ainda maior em pacientes neoplásicos, que, além do comprometimento do sistema imunológico naturalmente suprimido ou do possível estado de hipercoagulação sanguínea, também pode integrar mais de um fator de agravamento, como idade avançada ou presença de outras enfermidades associadas (CHAGAS *et al.*, 2020; HANNA; EVANS; BOOTH, 2020).

Risco que é ainda maior nos casos de imunossupressão, efeito marcante dos tratamentos quimioterápicos citotóxicos e dos cânceres hematológicos em geral, além dos casos mais específicos, como o tratamento com I-131 para o câncer de tireoide, que pode causar tanto supressão da medula óssea, quanto um aumento dos níveis de citocinas, como a IL-6, que é associada ao desenvolvimento de doença respiratória grave e morte por COVID-19 (ADDEO; FRIEDLAENDER, 2020; SCHRAG; HERSHMAN; BASCH, 2020; TSANG *et al.*, 2020). Fatores que explicam a maior taxa de complicações pela COVID-19 nos cânceres hematológicos, metastáticos ou pulmonares, identificado como a principal causa de morte por câncer no mundo (ADDEO; FRIEDLAENDER, 2020).

### 4.3. Impacto da pandemia no tratamento oncológico

Muitas vias de tratamento e exames necessários para o acompanhamento do paciente foram alterados, cancelados ou adiados para minimizar a exposição de pacientes com câncer ao SARS-CoV-2. Em alguns países, por causa do impacto da pandemia, o tratamento se restringiu, muitas vezes, àqueles que emergiram com emergências oncológicas, incluindo doenças com risco iminente de mortalidade precoce, como leucemias agudas, ou morbidades substanciais, como compressão da medula espinhal (RICHARDS *et al.*, 2020; HANNA; EVANS; BOOTH, 2020). Em outros, como o Reino Unido, apenas em maio de 2020, ocorreu uma queda de 37% no número de pacientes que iniciaram tratamento oncológico, comparado com o mesmo período de 2019. Taxa que atingiu 54% dos entrevistados no Canadá, que tiveram suas consultas de tratamento de câncer canceladas, adiadas ou remarcadas por causa da COVID-19 (JONES *et al.*, 2020; CHEN-SEE, 2020).

Entretanto, apesar de haver muitos tumores de baixo grau, que incluem cânceres de próstata, tumores carcinoides, neuroendócrinos e alguns linfomas, o tratamento geralmente pode ser adiado com segurança por 8 a 12 semanas ou mais. A maioria dos casos neoplásicos, como em diagnósticos recentes de câncer hematológico, testicular, ovariano e de pequenas células de pulmão, o tratamento do câncer, seja curativo ou paliativo, não pode

ser adiado com segurança (SCHRAG; HERSHMAN; BASCH, 2020).

#### 4.3.1. Atendimento clínico

Muitos fatores afetam o bom atendimento aos pacientes oncológicos, durante a pandemia. Em virtude dos riscos de contrair a COVID-19, muitas mudanças foram feitas para priorizar o atendimento, sem expor o paciente. Enquanto, em alguns países ao redor do mundo, houve a manutenção das clínicas oncológicas e do atendimento domiciliar, em outras a ferramenta da telemedicina foi fundamental para garantir esse acesso à saúde. Ferramenta eficiente na maioria dos casos, mas que existe o risco de exclusão digital, destacadamente para aqueles sem acesso rotineiro à internet, às populações idosas e comórbidas, além dos indivíduos com níveis mais baixos de alfabetização digital (RICHARDS *et al.*, 2020).

Nesse último aspecto, de acordo com a pesquisa desenvolvida por CHEN-SEE (2020), apesar da satisfação geral com as consultas em telemedicina, 74% dos entrevistados relataram que os atrasos em suas consultas e tratamento tiveram grande impacto no bem-estar mental e emocional, tanto do paciente quanto da família. Ainda, expressaram preocupação com a oportunidade de receber atendimento hospitalar ou emergencial, se necessário, realizar testes relacionados a sua patologia, consultar o médico para acompanhamento presencial e obtenção de ajuda no manejo de

novos sintomas ou efeitos colaterais decorrentes do tratamento.

### 4.3.2 Cirurgia

A capacidade para procedimentos operatórios e cirúrgicos também foi reduzida, pois o espaço em unidade de tratamento intensivo (UTI) e uso de ventiladores foram requisitados para fornecer capacidade adicional aos cuidados intensivos de pacientes com COVID-19. O *UK Lung Cancer Coalition* (UKLCC) observou um aumento na mortalidade de 40 a 50% se um paciente com câncer de pulmão contrair a infecção após um ato cirúrgico. Em vista desses resultados, e com muitos pacientes relutantes em fazer cirurgia neste período pandêmico, vários centros oncológicos têm usado quimioterapia neoadjuvante, radioterapia ou terapia hormonal como modalidades terapêuticas nas situações em que for possível adiar. Nos casos que precisem de atendimento cirúrgico, é necessário definir a prioridade de realização do procedimento. Decisões difíceis que envolvem risco de progressão ou internações emergenciais decorrentes de complicações da doença (RICHARDS *et al.*, 2020; GOURD, 2020; CIVANTOS *et al.*, 2020).

Idealmente, as cirurgias oncológicas devem ser feitas em instalações localizadas em locais separados dos hospitais que também estão voltados ao atendimento de vítimas da COVID-19. Não sendo possível tomar esta medida, é indicado que haja acesso dedicado e processos de admissão rigorosos

para aqueles que passarão pela cirurgia. Além disso, os serviços devem ser prestados por um grupo restrito de funcionários para reduzir o risco de exposição do vírus aos pacientes sem SARS-CoV-2.

### 4.3.3. Quimioterapia e imunoterapia

Há consenso de que o fornecimento de quimioterapia deve continuar naqueles casos em que a terapêutica está associada a melhorias dramáticas nos resultados e desfechos no tratamento dos cânceres, como é o caso de muitas malignidades hematológicas agudas ou câncer de pulmão de pequenas células. Contudo, ressalta-se que o teste viral deve ser realizado antes do tratamento. Naqueles casos em que se espera benefício marginal, como na quimioterapia paliativa ou adjuvante em pacientes idosos e comórbidos, o tratamento pode ser adiado indefinidamente ou fazer uso de opções de tratamento alternativas, como terapia hormonal (RICHARDS *et al.*, 2020; SCHRAG; HERSHMAN; BASCH, 2020). Este é o caso de alguns cânceres de mama em estágio II com receptor de estrogênio negativo e cânceres colaterais em estágio III, que estão passando por tratamento adjuvante em 8 semanas e 6 em vez de 12 ciclos de quimioterapia, respectivamente (SCHRAG; HERSHMAN; BASCH, 2020; EVANS; BOOTH, 2020).

Os benefícios incrementais dos tratamentos com maior risco de infecção tornam-se despriorizados e, para muitos tipos de câncer, os oncologistas estão prescrevendo

razoavelmente regimes menos eficazes que apresentam menor risco de precipitar a hospitalização. Quando possível, também estão substituindo os agentes orais por intravenosos e uma miríade de outras modificações para minimizar as visitas e hospitalizações. (SCHRAG; HERSHMAN; BASCH, 2020).

#### 4.3.4. Radioterapia

A radioterapia, que permite um tratamento localizado com efeitos medidos em termos de controle local do tumor, geralmente não compete por recursos de demanda, como respiradores ou leitos de UTI, e pode continuar acessível. Em certos cenários, a radioterapia pode até ser usada com segurança como alternativa ao ato cirúrgico. A maioria dos regimes são apenas moderadamente imunossupressores, e isso se aplica particularmente a esquemas de radioterapia hipofracionada (NAGAR; FORMENTI, 2020; RICHARDS *et al.*, 2020).

Um painel de especialistas recomendou que um curto período de radioterapia pode ser usado para atrasar a cirurgia em pacientes com câncer retal (NAGAR; FORMENTI, 2020). No câncer de cabeça e pescoço, existe um risco 16% maior de mortalidade para cada mês de atraso de radioterapia (HANNA; EVANS; BOOTH; 2020). No câncer de colo uterino localmente avançado, o atraso na radioterapia provoca uma redução de 7,5% na sobrevida em 4 anos (NAGAR; FORMENTI, 2020). Da mesma forma, a radioterapia pós-operatória não pode ser adiada sem afetar

negativamente os resultados de sobrevida em pacientes com gliomas de alto grau: cada semana de atraso da radioterapia além de 2 semanas após a cirurgia aumenta o risco de morte em 8,9% (NAGAR; FORMENTI, 2020).

Em alguns casos, como em tumores pulmonares e hematológicos, a radioterapia torácica e toxicidade resultantes das drogas podem limitar a função pulmonar e induzir imunossupressão mediada por células T e B, respectivamente. Isso pode resultar em infecções virais mais graves e maiores taxas de complicações (HANNA; EVANS; BOOTH, 2020).

#### 4.3.5. Apoio emocional

A redução do acesso ao apoio paliativo e as restrições de visita em hospitais durante a pandemia também se mostraram prejudiciais, aumentando o fardo do sofrimento emocional e psicológico para os pacientes e suas famílias (GOURD, 2020).

Além disso, nas circunstâncias atuais, o estresse psicológico de receber um diagnóstico e tratamento de câncer é ainda mais exacerbado, por causa das dificuldades de aproximação humana, acesso a redes de apoio e a contato físico e emocional com os profissionais de saúde, desde psicólogos até o seu médico de tratamento, que estão se adaptando para fornecer serviços remotamente, quando possível (RICHARDS *et al.*, 2020).

#### 4.4. Rastreio e diagnóstico durante a pandemia de covid-19

Uma das premissas que corrobora para garantir o sucesso do tratamento curativo e a prevenção dos agravos do câncer é o diagnóstico precoce da doença (HAMILTON, 2020). Entretanto, com a pandemia de COVID-19 e o empenho fundamental ao combate do novo coronavírus, diversos países tiveram seus programas de rastreio e diagnóstico atrasados e até suspensos a depender da situação do sistema de saúde de cada país ao redor do mundo. (HORN; GARASSINO, 2020; JONES *et al.*, 2020).

Em se tratando dos programas de rastreio, que possuem caráter preventivo, a recomendação inicial da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) consistiu no adiamento dos procedimentos de rastreio do câncer, sobretudo àqueles que necessitem da presença física do paciente, a exemplo dos exames de mamografia e colonoscopia, enquanto a situação pandêmica de COVID-19 permanecesse instável, a fim de conservar os recursos e reduzir o contato do paciente com as unidades de saúde (KAUFMAN *et al.*, 2020; HAMILTON, 2020).

Decisão similar a inúmeros programas nacionais de rastreamento, provocando uma diminuição drástica no rastreio do câncer de colo do útero, pulmão e próstata, que desde março de 2020 permanece suspenso, além dos câncer de mama e colorretal, que apesar de continuar com mudanças nos procedimentos para garantir a mínima segurança, tanto para o paciente, quanto para a equipe, foram

suspensos na maioria dos estudos analisados, incluem Itália, América do Norte, Hong Kong, Reino Unido e Holanda (DINMOHAMED *et al.*, 2020; SCHRAG; HERSHMAN; BASCH, 2020; MAIDA, 2020; MARINGE *et al.*, 2020).

Quanto ao diagnóstico, diversos fatores influenciaram nas mudanças necessárias durante este período. Especialmente a necessidade de realocação dos recursos materiais, humanos e financeiros para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, que desencadearam um estreitamento das possíveis vias diagnósticas do câncer, restritas em quase todo o período pandêmico, na apresentação direta ao sistema de saúde em situações de urgência e emergência, via associada a diagnósticos avançados e a piores prognósticos da doença, ou, em casos mais raros, através de uma suspeita inicial do médico de família a depender dos sintomas apresentados e do balanço entre risco e benefício da exposição ao COVID-19 frente a chance de câncer (RICHARDS *et al.*, 2020; MARINGE *et al.*, 2020; HAMILTON, 2020).

Nos casos eventuais de suspeita pelo médico de família, naqueles países em que o atendimento permaneceu, modelos similares de organização da *European Society for Medical Oncology* (ESMO) foram desenvolvidos, priorizando o encaminhamento para exames e consultas com especialistas com base na idade, fatores de risco, perfil de sintomas, sinais e resultados de investigações anteriores, critérios organizados por gravidade, como a elevação anormal dos leucócitos, em quadros suspeitos



de Leucemia (MARINGE *et al.*, 2020; VECCHIONE *et al.*, 2020; DINMOHAMED *et al.*, 2020).

Como no caso do Reino Unido, que de acordo com Kaufman *et al.* (2020), experimentou um declínio de 75% nos encaminhamentos por suspeita de câncer, juntamente com a Holanda, que vivenciou uma redução de até 40% na incidência semanal de câncer. Situação que, somente na Inglaterra, atingiu uma redução de testes de diagnóstico chave, nos quais englobam endoscopias, exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética, ultrassonografia, entre outros, de aproximadamente 3,4 milhões entre março e agosto de 2020, o que corresponde a 35% dos testes executados no mesmo período de 2019. Redução que pode ser ainda mais profunda, tendo em vista que alguns dos exames citados tiveram seu uso aumentado para acompanhamento de pacientes com COVID-19, a exemplo da TC (GREENWOOD; SWANTON, 2020; RICHARDS *et al.*, 2020).

No entanto, apesar da redução ser comum a todos os tipos de câncer, é marcante a discrepância entre as neoplasias analisadas. Enquanto alguns tipos de cânceres tiveram uma redução diagnóstica menor, por apresentarem um quadro sintomatológico mais restrito, o que facilita o diagnóstico, outros não tiveram uma redução tão branda. No Reino Unido, por exemplo, enquanto o diagnóstico de câncer de pele teve uma redução considerável de 50% da previsão inicial, o câncer de mama manteve-se com

cerca de 75% da quantidade de casos previsto de diagnóstico para o ano de 2020 (MARINGE *et al.*, 2020; HAMILTON, 2020; DINMOHAMED *et al.*, 2020).

As divergências encontradas nos dados apresentados se justificam pela variação que cada tipo de câncer pode expressar no seu quadro sintomatológico. Pacientes com sintomas de alerta bem definidos pela literatura, como a presença de nódulos mamários, que se associam fortemente a um possível caso de câncer de mama, estão mais inclinados a manter a procura do atendimento primário, mesmo durante a pandemia. Em contrapartida, pacientes que apresentam sintomas vagos de câncer, como fadiga, perda de peso e mudança no hábito intestinal, tendem a procurar menos o sistema de saúde por não considerar grave os sintomas apresentados, impactando, assim, na taxa de diagnóstico (JONES *et al.*, 2020; MARINGE *et al.*, 2020; HAMILTON, 2020).

Problemática ainda mais agravada quando há apresentação de tosse persistente e falta de ar, que, devido à similaridade sintomatológica entre o câncer de pulmão e a COVID-19, pode desencadear uma troca diagnóstica, por parte do paciente, que permanece isolado por meses, sem procurar o sistema de saúde, adiando o diagnóstico e conseqüentemente o seu tratamento (GOURD, 2020). Além da similaridade entre os achados radiológicos similares, como opacidades em vidro fosco em tomografias do tórax. Em casos de falsos negativos no exame de PCR, por exemplo, as apresentações radiológicas patológicas no pulmão podem ser erroneamente assimiladas



ao câncer, atrasando o diagnóstico e o tratamento da COVID-19 (MOUJAESS, KOURIE; GHOSN, 2020; RAYMOND *et al.*, 2020).

Situação já observada na Inglaterra, que teve uma redução de 16 mil nos encaminhamentos de urgência para testes de câncer de pulmão, somente nos meses de março a setembro de 2020. Fator que impacta nas estimativas de sobrevida nos próximos cinco anos, que, de acordo com o *Office for National Statistics*, varia de 57% a 3% a depender do estágio que o câncer de pulmão é diagnosticado e inicia-se o tratamento. (GOURD, 2020; GREENWOOD; SWANTON, 2020).

Assim, todos os dados e informações apresentados, unido ao acúmulo de pacientes, advindos do atraso no diagnóstico, pode gerar uma sobrecarga no sistema à medida em que as consultas forem retornando à normalidade. Por isso, destaca-se a importância da criação de protocolos para o manejo do câncer até a retomada da rotina médica, visando a redução do impacto negativo da pandemia nos pacientes oncológicos (MAIDA, 2020; RODRÍGUEZ-COVARRUBIAS; CASTILLEJOS-MOLINA; AUTRÁN-GÓMEZ, 2020).

#### 4.5. Possibilidades de mudança

Em primeira instância, a transmissão da COVID-19 deve ser evitada por meio de políticas de controle de infecção hospitalar. Salienta-se a importância da triagem meticulosa de pacientes e funcionários,

incluindo a consideração dos sintomas e histórico de viagens, antes de qualquer atividade em ambiente de saúde, além da administração do fluxo de pacientes levando em conta a prioridade de cada um no tratamento a fim de garantir a mínima segurança da equipe e do paciente (HANNA; EVANS; BOOTH, 2020).

Além disso, houve um aumento de consultas através da telemedicina, que se bem-feita, beneficiam indivíduos próximos e de áreas mais remotas, que passam a não depender mais do deslocamento a ambientes de saúde para as consultas. Essa abordagem busca equilibrar a vigilância ao paciente com a capacidade de cuidado do sistema de saúde durante a pandemia, garantindo a segurança do paciente e reduzindo os riscos de transmissão. Porém, pode ser menos adequada para indivíduos de origens socioeconômicas baixas devido ao acesso a tecnologias que permitam a comunicação remota, agravando as desigualdades já aparentes no diagnóstico precoce do câncer (JONES *et al.*, 2020; SCHRAG; HERSHMAN; BASCH, 2020; HANNA; EVANS; BOOTH, 2020).

Mudanças de procedimentos diagnósticos, principalmente quando eles oferecem risco de infecção ao paciente, também são soluções temporárias. À exemplo da detecção do câncer de intestino, que passou a utilizar o teste imunológico fecal, a fim de evitar a colonoscopia e a tomografia computadorizada durante a pandemia para diminuir o contato direto com o paciente (MARINGE *et al.*,

2020; HAMILTON, 2020; RICHARDS *et al.*, 2020).

Por fim, é clara a necessidade de programas dedicados à conscientização pública acerca da situação do suporte oncológico durante a pandemia. Tais programas precisam considerar uma variedade de canais de mídia para alcançar seus grupos-alvo, incluindo as redes sociais e comunitárias e mensagens diretas de médicos para pacientes urgindo-os a prestar atenção a sintomas novos ou preocupantes, além da retomada mais rápida possível de exames de rotina que precisaram ser adiados. As mensagens de saúde pública *Stay at Home* (Fique em Casa) e *Stay Alert* (Mantenha-se Alerta) tiveram um efeito substancial no comportamento de busca por saúde durante a pandemia e demonstram o impacto positivo que tais campanhas provocam na conscientização de pacientes, estratégias que devem ser usadas também no âmbito da

oncologia (JONES *et al.*, 2020; MARINGE *et al.*, 2020).

## 5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, nota-se que a pandemia de COVID-19 está gerando consequências substanciais no cuidado ao câncer que podem ter efeitos diretos e indiretos para pacientes e serviços de saúde com impacto no diagnóstico, tratamento, rastreamento e sobrevida desses pacientes. Isto posto, permanecer atualizado quanto às incontáveis alternativas propostas pode ser imprescindível para resoluções visando minimizar o impacto da pandemia na gestão atual e futura das vias de diagnóstico e tratamento para pacientes com câncer. Sendo assim, portanto, essenciais os esforços conjuntos de prestadores de cuidados de saúde e órgãos reguladores em oncologia para mitigar o impacto negativo da pandemia de COVID-19 nos desfechos do câncer.

## 6. REFERÊNCIAS

ADDEO, A.; FRIEDLAENDER, A. Cancer and COVID-19: unmasking their ties. *Cancer Treatment Reviews*, [S.L.], v. 88, p. 102041, mai. 2020.

CHAGAS, A. L. et al. Management of Hepatocellular Carcinoma during the COVID-19 Pandemic-São Paulo Clínicas Liver Cancer Group Multidisciplinary Consensus Statement. *Clinics*, [S.L.], v. 75, 2020.

CHEN-SEE, S. Disruption of cancer care in Canada during COVID-19. *The Lancet Oncology*, [S.L.], v. 21, n. 8, p. 374, ago. 2020.

CIVANTOS, F. J. et al. Ethical Surgical Triage of Head and Neck Cancer Patients during the COVID-19

Pandemic. *Head & Neck*, [S.L.], v. 42, n. 7, p. 1423-1447, jul. 2020.

DATASUS. Painel de Oncologia no Brasil. Casos segundo Diagnóstico. Ano do diagnóstico: 2020. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def). Acesso em: 18 out. 2020.

GOURD, E. Lung cancer control in the UK hit badly by COVID-19 pandemic. *The Lancet Oncology*, [S.L.], v. 21, n. 12, p. 1559, dez. 2020.

- GREENWOOD, E.; SWANTON, C. Consequences of COVID-19 for cancer care: a CRUK perspective. *Nature Reviews Clinical Oncology*, [S.L.], 23 out. 2020.
- HAMILTON, W. Cancer diagnostic delay in the COVID-19 era: what happens next? *The Lancet Oncology*, [S.L.], v. 21, n. 8, p. 1000-1002, ago. 2020.
- HANNA, T. P.; EVANS, G. A.; BOOTH, C. M. Cancer, COVID-19, and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic. *Nature Reviews Clinical Oncology*, [S.L.], v. 17, n. 5, p. 268-270, 2 abr. 2020.
- HORN, L.; GARASSINO, M. COVID-19 in patients with cancer: managing a pandemic within a pandemic. *Nature Reviews Clinical Oncology*, [S.L.], p. 1-1, 15 out. 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Estatísticas de câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 18 out. 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Paciente com câncer faz parte do grupo de risco para a Covid-19 (transmitida pelo coronavírus). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/paciente-com-cancer-faz-parte-do-grupo-de-risco-para-covid-19-transmitida-pelo>. Acesso em: 18 out. 2020.
- JONES, D. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. *The Lancet Oncology*, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 748-750, jun. 2020.
- KAUFMAN, H. W. et al. Changes in the Number of US Patients with Newly Identified Cancer Before and During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Jama Network Open*, [S.L.], v. 3, n. 8, p. 2017267, 4 ago. 2020.
- MAIDA, M. Screening of gastrointestinal cancers during COVID-19: a new emergency. *The Lancet Oncology*, [S.L.], v. 21, n. 7, p. 338, jul. 2020.
- MARINGE, C. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *The Lancet Oncology*, [S.L.], v. 21, n. 8, p. 1023-1034, ago. 2020.
- MOUJAESS, E.; KOURIE, H. R.; GHOSN, M. Cancer patients and research during COVID-19 pandemic: a systematic review of current evidence. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, [S.L.], v. 150, p. 102972, jun. 2020.
- NAGAR, H.; FORMENTI, S. C. Cancer and COVID-19: potentially deleterious effects of delaying radiotherapy. *Nature Reviews Clinical Oncology*, [S.L.], v. 17, n. 6, p. 332-334, 27 abr. 2020.
- OFÍCIO PRESIDÊNCIA SBOC no 42/2020. Esclarecimentos da SBOC sobre condutas clínicas relacionadas ao tratamento da COVID-19, em especial no manejo de pacientes com câncer que venham a desenvolver a infecção. Disponível em: [https://www.sbo.org.br/images/Oficio\\_SBOC\\_Ministerio\\_v2.pdf](https://www.sbo.org.br/images/Oficio_SBOC_Ministerio_v2.pdf). Acesso em: 18 out. 2020.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). COVID-19 afeta funcionamento de serviços de saúde para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. 17 jun. 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6202:covid-19-afeta-funcionamento-de-servicos-de-saude-para-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-nas-americas&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6202:covid-19-afeta-funcionamento-de-servicos-de-saude-para-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-nas-americas&Itemid=839). Acesso em: 18 out. 2020.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Diretora da OPAS afirma que luta contra a pandemia de COVID-19 deve incluir tratamento de doenças crônicas. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6181:diretora-da-opas-afirma-que-luta-contr-a-pandemia-de-covid-19-deve-incluir-tratamento-de-doencas-cronicas&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6181:diretora-da-opas-afirma-que-luta-contr-a-pandemia-de-covid-19-deve-incluir-tratamento-de-doencas-cronicas&Itemid=839). Acesso em: 26 mai. 2020.
- QUARTO, G. et al. Avoiding disruption of timely surgical management of genitourinary cancers during the early phase of the COVID-19 pandemic. *BJU International*, [S.L.], v. 126, n. 4, p. 425-427, 2020.
- RAYMOND, E. et al. Impact of the COVID-19 Outbreak on the Management of Patients with Cancer. *Targeted Oncology*, [S. L.], v. 15, p. 249-259, 2020.
- RICHARDS, M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nature Cancer*, [S.L.], v. 1, n. 6, p. 565-567, 20 mai. 2020.
- RODRÍGUEZ-COVARRUBIAS, F.; CASTILLEJOS-MOLINA, R. A.; AUTRÁN-GÓMEZ, A. M. Summary, and considerations in genitourinary cancer patient care during the COVID-19 Pandemic. *International Brazilian Journal of Urology*, Rio de Janeiro, v. 46, n. Suppl. 1, p. 98-103, jul. 2020.

SCHRAG, D.; HERSHMAN, D. L.; BASCH, E. Oncology Practice During the COVID-19 Pandemic. *Jama*, [S.L.], v. 323, n. 20, p. 2005-2006, mai. 2020.

TSANG, V. H. M. et al. Thyroid cancer in the age of COVID-19. *Endocrine-Related Cancer*, [S.L.], v. 27, n. 11, p. R407-R416, nov. 2020.

VECCHIONE, L. et al. ESMO management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: colorectal cancer. *ESMO Open*, [S. L.], v. 5, n. Suppl 3, e000826, 2020.

Folha em branco proposital.