



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DENISE MONTENEGRO DA SILVA

EFEITOS DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NO SEGUIMENTO
ADEQUADO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MULHERES COM CÂNCER
DE MAMA

FORTALEZA

2022

DENISE MONTENEGRO DA SILVA

EFEITOS DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NO SEGUIMENTO ADEQUADO
DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para qualificação, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Promoção da Saúde Mamária

Orientadora: Profa Dra Régia Christina Moura Barbosa Castro

Fortaleza

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S579e Silva, Denise Montenegro da.
Efeitos da pandemia do novo coronavírus no seguimento adequado do tratamento cirúrgico de mulheres com câncer de mama / Denise Montenegro da Silva. – 2022.
74 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Régia Christina Moura Barbosa Castro.
1. Neoplasias da mama. 2. Assistência ambulatorial. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV). I. Título.

CDD 610.73

DENISE MONTENEGRO DA SILVA

EFEITOS DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NO SEGUIMENTO ADEQUADO
DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal do Ceará, para defesa de Mestrado; Área de concentração: “Enfermagem na Promoção da Saúde Mamária” da linha de pesquisa “Enfermagem no Processo de Cuidar da Promoção da Saúde

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^ª. Dra. Mirna Fontenele de Oliveira
Universidade Federal do Cariri - UFCA

Prof^ª. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes
Universidade Federal do Ceará – UFC

Resumo

O câncer de mama é uma doença multifatorial que atinge principalmente o público feminino e que vem apresentando aumento nos índices de incidência e de mortalidade. A identificação e o tratamento precoce são importantes elementos para a sobrevivência e qualidade de vida das pacientes. Durante a pandemia da COVID-19 muitos serviços foram afetados, incluindo os serviços oncológicos, havendo restrições e diminuição do fluxo de pacientes. Conforme a legislação brasileira, o tratamento aos pacientes com câncer deve ser iniciado de modo precoce em até 60 dias. Desse modo, objetivou-se avaliar os efeitos da pandemia da COVID 19 no seguimento do tratamento cirúrgico das mulheres com câncer de mama. Estudo de analítico, retrospectivo, longitudinal, realizado em ambulatório de mastologia de referência da rede pública da cidade de Fortaleza – Ceará, Brasil. A pesquisa envolveu a coleta de dados de 140 prontuários de mulheres atendidas no local no período de novembro de 2021 a janeiro de 2022 com diagnóstico para câncer de mama e cirurgia eletiva realizada. Conforme os objetivos propostos, verificou-se que o seguimento do tratamento cirúrgico das pacientes com diagnóstico por biópsia realizado pelo ambulatório de mastologia esteve predominantemente adequado, realizado em um período menor que 60 dias. Entretanto, para as pacientes encaminhadas com diagnóstico por biópsia fora da referência, este período esteve superior a 60 dias na maioria das mulheres. O tempo entre a biópsia diagnóstica e a primeira consulta no serviço durante a pandemia da COVID-19 foi predominantemente menor que 30 dias. Para as pacientes sem diagnóstico definido, o tempo entre 1º consulta e diagnóstico por biópsia também foi, em sua maioria, menor que 30 dias. Dos fatores clínicos e sociodemográficos associados ao início das consultas, a idade esteve associada ao menor tempo entre biópsia e 1º consulta ($p=0,022$). A escolaridade maior que 9 anos de estudo esteve associada ($p=0,026$) ao menor tempo para tratamento das pacientes com diagnóstico externo a instituição, com 84% menor prevalência no tempo para tratamento. Nas pacientes com diagnóstico na referência, o tipo de tumor ($p=0,019$) e a utilização de Neoadjuvância ($p=0,000$) estiveram associados ao menor tempo para tratamento. Conclui-se que o atendimento aos pacientes do ambulatório mesmo diante do contexto de pandemia, ocorreu em tempo hábil.

Palavras-chave: Neoplasias da mama; Assistência ambulatorial; Cuidados de Enfermagem; Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV);

ABSTRACT

Breast cancer is a multifactorial disease that mainly affects women and has shown an increase in incidence and mortality rates. Early identification and treatment are important elements for patients' survival and quality of life. During the COVID-19 pandemic, many services were affected, including oncology services, with restrictions and a decrease in the flow of patients. According to Brazilian legislation, treatment for cancer patients must be started early within 60 days. Thus, the objective was to evaluate the effects of the COVID 19 pandemic in the follow-up of the surgical treatment of women with breast cancer. Analytical, retrospective, longitudinal study, carried out in a reference mastology outpatient clinic of the public network in the city of Fortaleza - Ceará, Brazil. The research involved the collection of data from 140 medical records of women attended at the site from November 2021 to January 2022 diagnosed with breast cancer and elective surgery performed. According to the proposed objectives, it was found that the follow-up of the surgical treatment of patients diagnosed by biopsy performed by the mastology clinic was predominantly adequate, performed in a period of less than 60 days. However, for patients referred with diagnosis by biopsy outside the reference, this period was longer than 60 days in most women. The time between the diagnostic biopsy and the first visit to the service during the COVID-19 pandemic was predominantly less than 30 days. For patients without a defined diagnosis, the time between the 1st consultation and diagnosis by biopsy was also, for the most part, less than 30 days. Of the clinical and sociodemographic factors associated with the start of consultations, age was associated with the shortest time between biopsy and the 1st consultation ($p=0.022$). Schooling of more than 9 years of study was associated ($p=0.026$) with shorter treatment time for patients diagnosed outside the institution, with an 84% lower prevalence in time to treatment. In patients diagnosed in the reference, the type of tumor ($p=0.019$) and the use of Neoadjuvant therapy ($p=0.000$) were associated with shorter treatment time. It is concluded that care for outpatients, even in the context of a pandemic, took place in a timely manner.

Keywords: Breast Cancer; Breast Neoplasm; Ambulatory Care; Nursing Care; 2019 Novel Coronavirus Epidemic

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Aspectos gerais do Câncer de Mama	8
1.2 A Pandemia do Coronavírus	9
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivo Específico	12
3. Estado da Arte	13
3.1 Síntese do conhecimento	27
<i>3.1.1 Atrasos e adiamentos das consultas e dos tratamentos.</i>	<i>27</i>
<i>3.1.2 Tempo em sala cirúrgica e permanência hospitalar durante a pandemia</i>	<i>29</i>
<i>3.1.3 Radioterapia, tratamento neoadjuvante e adjuvante</i>	<i>30</i>
<i>3.1.4 Percepção de saúde e satisfação com o serviço de saúde</i>	<i>31</i>
4. METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Local da coleta de dados do estudo	32
4.3 População e amostra	33
4.4 Coleta de dados/Variáveis	35
<i>4.1.2 Pesquisa em Prontuários</i>	<i>35</i>
<i>4.4.3 Avaliação do instrumento de coleta</i>	<i>37</i>
<i>4.4.4 Período de coleta de dados</i>	<i>37</i>
4.5 Análise dos dados	37
4.6 Aspectos éticos	38
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSSÃO	48
7. CONCLUSÃO	51
8. REFERÊNCIAS	53
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética	63
Apêndice A – Quadro 1	67
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados	68
Apêndice C – Questionário de Avaliação do Instrumento de Coleta de Dados	71
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes)	73

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do Câncer de Mama

Em reflexo ao rápido crescimento e envelhecimento populacional, tem-se observado o aumento da incidência e da mortalidade do câncer, o que o torna uma importante patologia de interesse da saúde pública. A nível mundial, uma em cada seis mortes são relacionadas ao câncer, e aproximadamente 70% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda (OPAS/OMS, 2018).

Conforme os dados divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil as estimativas de incidência para o período de triênio de 2020-22 são de 66.280 novos casos de câncer de mama. Estes dados revelam um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres, o que reforça a magnitude do problema no país (INCA, 2020a).

A região Sudeste é a que se apresenta como a de maior incidência, em que para o estado de São Paulo são esperados 18.280 novos casos, Rio de Janeiro 9.150 novos casos e Minas Gerais 8.250 novos casos de câncer em mama feminina. Na região Nordeste, para o estado do Ceará são esperados 2.510 novos casos, sendo 1.230 apenas na capital Fortaleza (INCA, 2020a).

O câncer de mama ocorre devido a mutações genéticas no DNA que levam a uma desordem no crescimento das células mamárias, que pode ser sentido, ou não, pela paciente como um nódulo (considerado como sintoma mais comum), geralmente com características indolor, duro e irregular (INCA, 2020c).

Além do nódulo, a mama pode apresentar edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea (em decorrência dos processos infiltrativos); dor, inversão mamilar, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; e secreção papilar (INCA, 2020c). Estas mutações são adquiridas de forma espontânea, ou podem ser induzidas por agressões externas (ambiente).

As evidências mostram que a manutenção de peso saudável, prática de atividade física e alimentação saudável, auxiliam na diminuição do risco para a doença (WCRF/AICR, 2018).

Como modalidades de tratamento podem ser citadas: cirurgia conservadora de mama (CCM), mastectomia, hormonioterapia, terapia com radioterapia e/ou quimioterapia.

Para as mulheres em estádios iniciais, o tratamento mais comum é a cirurgia conservadora de mama com a radioterapia adjuvante. A mastectomia pode ser um procedimento necessário a depender das características tumorais (por exemplo: estágio local avançando, grandes ou múltiplos tumores), em situações de contraindicação para radioterapia ou devido outros obstáculos (MILLER

et al. 2019). Dependendo do tratamento de escolha a paciente poderá vivenciar mudanças em diferentes aspectos de sua qualidade de vida.

A mastectomia, por ser um procedimento mais agressivo, provoca maiores sequelas funcionais, emocionais e sociais. As pacientes podem apresentar percepção negativa em relação às mudanças na imagem corporal, na expressão das relações afetivas (sexualidade) e no desempenho de atividades diárias (FIREMAN et al. 2018). O que reforça a necessidade do atendimento em estágios mais precoces.

O medo da doença, efeitos adversos do tratamento, o não reconhecimento dos sintomas da doença e a baixa escolaridade são fatores que estão associados ao atraso dos pacientes na procura dos serviços de saúde (FREITAS, WELLER; 2015) Além disso, o acesso precário ao diagnóstico e tratamento adequados, e de modo oportuno, levam a chegada das pacientes em estágios mais avançados do câncer de mama, o que piora o prognóstico. (INCA, 2019)

Em estudo realizado com pacientes idosos na Coreia que procurou identificar os fatores de risco para predição de vulnerabilidade da terapia contra o câncer e qualidade de vida, obteve como achados a piora do estado funcional físico e alta carga tumoral metastática associados com a interrupção do tratamento do câncer de primeira linha. Além disso, estes pacientes experimentaram maior fadiga e perda de apetite quando comparados aos pacientes que continuaram o tratamento (WON et al. 2019). O que indica que a interrupção do tratamento teve um efeito negativo na qualidade de vida.

Nas pacientes em hormonioterapia, um dos métodos de tratamento em que o paciente permanece por períodos mais longos, foi verificada que a baixa aderência esteve relacionada a mais efeitos adversos que incluíam aumento das taxas de recorrência e mortalidade (MAKUBATE et al. 2013)

1.2 A Pandemia do Coronavírus

No final do ano de 2019, especificamente no mês de dezembro, foram reportados em Wuhan, da província de Hubei, na China, diversos casos de pneumonia cuja etiologia era desconhecida. Como similaridades, alguns dos pacientes trabalhavam ou viviam em torno do mercado de venda de frutos do mar, localizado em Huanan (CHEN et al. 2020; LU; STRATTON; TANG, 2020).

Estes pacientes apresentavam sintomatologia típica de pneumonia viral. Após serem coletadas amostras do trato respiratório e realizado o sequenciamento, foi identificado que o agente responsável era um novo tipo de betacoronavírus, por este motivo recebeu a nomenclatura de 2019-nCov (HUANG et al. 2020).

A doença do coronavírus (COVID-19) apresenta um espectro clínico similar a síndrome respiratória aguda grave (do inglês, Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS) e a síndrome respiratória do oriente médio (do inglês, Middle East Respiratory Syndrome - MERS), que são caracterizadas pelo envolvimento do trato respiratório inferior, provocando sintomas discretos nas vias aéreas superiores (a exemplo: espirros, rinoreia e odinofagia) (SIFUENTES-RODRIGUEZ; PALACIOS-REYES, 2020; HUANG et al. 2020).

Por essas semelhanças, em 11 de Fevereiro de 2020, o *International Committee on Taxonomy of Viruses* renomeou o vírus para *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronaviruse-2* (SARS-CoV-2) (GE et al. 2020). Os principais sintomas apresentados pelos pacientes foram: febre, tosse seca, dispneia, fadiga, mialgia, produção de escarro, dor de cabeça, além de alguns apresentarem sintomas gastrointestinais como diarreia (GE et al. 2020).

Com o aumento no número de casos, não apenas na China mas em outros países também, em 30 de janeiro o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declarou o novo coronavírus como surto de emergência de saúde pública de interesse internacional (ZAROCOSTAS, 2020; SIFUENTES-RODRIGUEZ; PALACIOS-REYES, 2020).

Ao ser declarado o estado de pandemia, governos dos mais diversos países adotaram o isolamento social como medida preventiva para evitar a disseminação da doença. Foram elaboradas diversas estratégias para evitar a ocorrência de aglomerações, dentre elas, o fechamento de espaços para prática de atividades físicas. Além disso, foi recomendado que as pessoas permanecessem em casa, o que poderia contribuir para o comportamento sedentário durante o período (PITANGA; BECK; PITANGA, 2020).

Os pacientes com câncer enfrentaram então um dilema entre continuar a frequentar os serviços de saúde expondo-se a possibilidade de contaminação pelo vírus, ou então, permanecerem em suas residências e aumentarem o risco de progressão do câncer ao receberem assistência de forma incipiente, o que gera impacto na qualidade de vida desses pacientes (CIAZYNSKA et al. 2020).

Conforme as estimativas, no Brasil esperava-se que o SARS-CoV-2 circulasse pelo país até meados de setembro de 2020, com número de casos crescentes e sendo o pico da doença no mês de maio de 2020 (FREITAS et al. 2020). As medidas preventivas de isolamento social realizadas no Ceará revelam que no primeiro mês de implementação observou-se efeitos positivos, com uma desaceleração no número novos de casos, embora tenham se mantido de forma ascendente (ALBUQUERQUE et al. 2020).

Acredita-se que a pandemia trouxe impactos não somente aos pacientes que já estavam recebendo tratamento, mas também, aos casos novos, levando a atrasos no diagnóstico e dificuldades na definição do tratamento mais adequado. Estes atrasos implicariam no aumento do número de casos diagnosticados em estágios mais tardios, com implicações na sobrevida e qualidade de vida (PETROVA, 2020; WARD et al., 2020).

As pacientes enfrentam diversas barreiras para o início e o seguimento adequado de seus tratamentos, dentre elas: questões financeiras, culturais, sociais e geográficas. Durante o período de pandemia além dos fatores citados, é possível o surgimento de problemas psicológicos e o medo que podem afetar o bem estar e a qualidade de vida das pacientes (KUMAR, DEY; 2020).

Desse modo, o presente estudo justifica-se pela necessidade de levantar dados para uma melhor compreensão do seguimento do tratamento de mulheres com câncer de mama durante o período de pandemia. O estudo se insere no contexto da área temática de “Enfermagem na Promoção da Saúde Mamária” da linha de pesquisa “Enfermagem no Processo de Cuidar da Promoção da Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

A identificação com a temática se deu por intermédio da imersão em leituras sobre o tema e das idas ao ambulatório de Mastologia, a qual foi um ambiente de intenso aprendizado e reflexões acerca do cuidado em saúde das pacientes com câncer de mama. No período anterior a pandemia, as visitas ao espaço geraram uma maior aproximação e conhecimento do objeto de estudo e os debates em conjunto com o grupo de estudo levaram a uma melhor percepção das vulnerabilidades das mulheres com câncer, levou a questionamentos sobre a assistência prestada a mesmas, e da percepção da paciente acerca de seu tratamento.

Assim, pretende-se responder a seguinte pergunta de pesquisa: quais os efeitos da pandemia da COVID-19 sobre o seguimento adequado do tratamento cirúrgico das pacientes com câncer de mama?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o seguimento do tratamento cirúrgico das mulheres com câncer de mama durante a pandemia da COVID 19.

2.2 Objetivo Específico

Verificar o tempo decorrido entre o início das consultas e a realização de biópsia diagnóstica das pacientes com câncer de mama, atendidas em ambulatório de mastologia durante o período de pandemia da COVID 19.

Verificar o tempo decorrido entre o diagnóstico por biópsia e o tratamento cirúrgico das pacientes com câncer de mama, atendidas em ambulatório de mastologia durante o período de pandemia da COVID 19

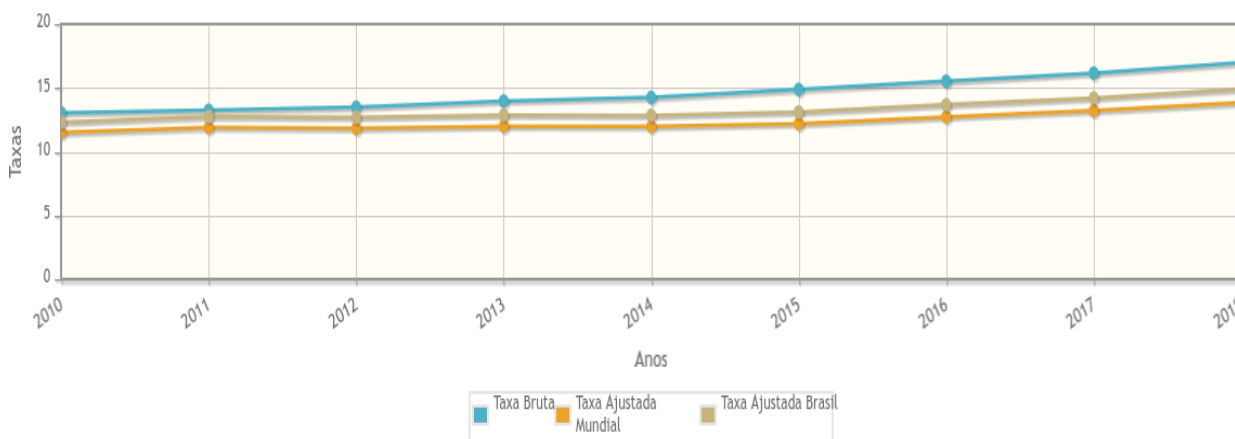
Determinar os fatores clínicos e sociodemográficos associados ao início do tratamento cirúrgico e das consultas ambulatoriais durante o período de pandemia da COVID 19.

3. Estado da Arte

Para o ano de 2018, foram estimados 18.1 milhões de novos casos de cânceres no mundo, sendo um pouco mais de 2 milhões (11,6%) as neoplasias mamárias. Elas são as mais diagnosticadas no público feminino em todas as regiões, com exceção no Norte da África em que há o predomínio do câncer cervical (BRAY et al. 2018; FERLAY et al. 2019). A sua incidência tem amplas variações, de 27 por 100.000 habitantes na região da África Central e Ásia Oriental, até 92 por 100.000 habitantes na região da América do Norte (WCRF/AICR, 2018).

Em pesquisa realizada por Couto et al. (2017), foi verificado no Brasil um crescimento na taxa de mortalidade por câncer de mama, padronizada por faixa etária e corrigida por causas mal definidas, entre o período de 1990 e 2010. E conforme também pode ser visualizado na Figura 1, no Brasil, durante em continuidade, o período de 2010 a 2018 as taxas de mortalidade mantiveram-se em constante crescimento (INCA, 2020b).

Figura 1. Taxas de mortalidade por câncer de MAMA, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, Brasil, entre 2010 e 2018.



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

Por suas amplas variações genéticas e morfológicas, o câncer de mama é considerado como uma patologia heterogênea. Segundo seu perfil histológico, de forma simplificada, pode ser classificado de acordo com o tecido que surge. Comumente, as células cancerígenas que ficam restritas ao local em que foram originadas, fazem parte da categoria In Situ, sendo os principais tipos o Carcinoma Ductal In Situ (CDIS) e o Carcinoma Lobular In Situ (CLIS). Já aqueles com

maior capacidade infiltrativa são categorizados como Invasivos, e correspondem a 81% dos cânceres de mama (ACS, 2019).

Conforme o subtipo molecular, este é dividido de acordo com a expressão genética dos receptores hormonais (RH) de estrogênio e/ou progesterona, ou pelo receptor do fator de crescimento epidermal 2 (HER2). Podem ser divididos em quatro domínios principais: Luminal A (RH+/HER2-), Luminal B (RH+/HER2+), Triplo-negativo (RH-/HER2-) e HER-2 positivo (RH-/HER2+) (HOWLADER et al. 2018; ACS, 2019).

O tipo imuno-histológico Luminal A é o mais comum e considerado de melhor prognóstico pelo crescimento lento e menor agressividade em comparação aos outros. Os demais subtipos que também apresentam o receptor hormonal positivo, pela maior possibilidade de terapia alvo apresentam também bom prognóstico. O câncer de mama Triplo-negativo, entretanto, devido a ausência de expressão de receptores hormonais, apresenta o pior prognóstico (HOWLADER et al. 2018; ACS, 2019).

Em relação ao risco de desenvolvimento da patologia, são apresentados como fatores: idade, fatores endócrinos, história reprodutiva, fatores comportamentais, ambientais e fatores genéticos/hereditários. Estão inclusos nos fatores endócrinos os eventos de vida como a menarca precoce (antes dos 12 anos de idade), menopausa tardia (após os 55 anos de idade), não ter tido filhos (nuliparidade) e primeira gravidez após os 30 anos de idade (WCRF/AICR, 2018). Dos fatores comportamentais, podem ser citados o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo e a exposição à radiação (PICON-RUIZ et al. 2017).

Devido à pandemia, diversas instituições nacionais e internacionais propuseram o cancelamento e adiamento de procedimentos e cirurgias, com vista à diminuição do risco de contágio entre os pacientes e para aumentar a disponibilidade de leitos para os casos de infecção por COVID-19 (ONCOGUIA, 2020; FEBRASGO, 2020). Essas condutas seguiram uma avaliação criteriosa no manejo dos pacientes para que não houvesse prejuízos severos no seguimento dos atendimentos e do cuidado.

Para uma melhor compreensão da investigação dos efeitos da pandemia do COVID-19 no tratamento de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, optamos por realizar uma revisão da literatura, a fim de avaliar o estado da arte deste tema no cenário mundial.

Foram então seguidas as etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão; 2) estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão

de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes et al. 2008).

Sendo assim, esta revisão tem como objetivo descrever o que os estudos estão publicando acerca da pandemia da COVID-19 e o câncer de mama, visando responder à seguinte pergunta: quais as repercussões da pandemia da COVID-19 no seguimento do tratamento das pacientes com câncer de mama?

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro e dezembro de 2020, tendo como bases de dados: Web of Science (WoS), Medline via PUBMED, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCOPUS e Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL). Estas bases foram acessadas por meio do Portal de Periódicos CAPES.

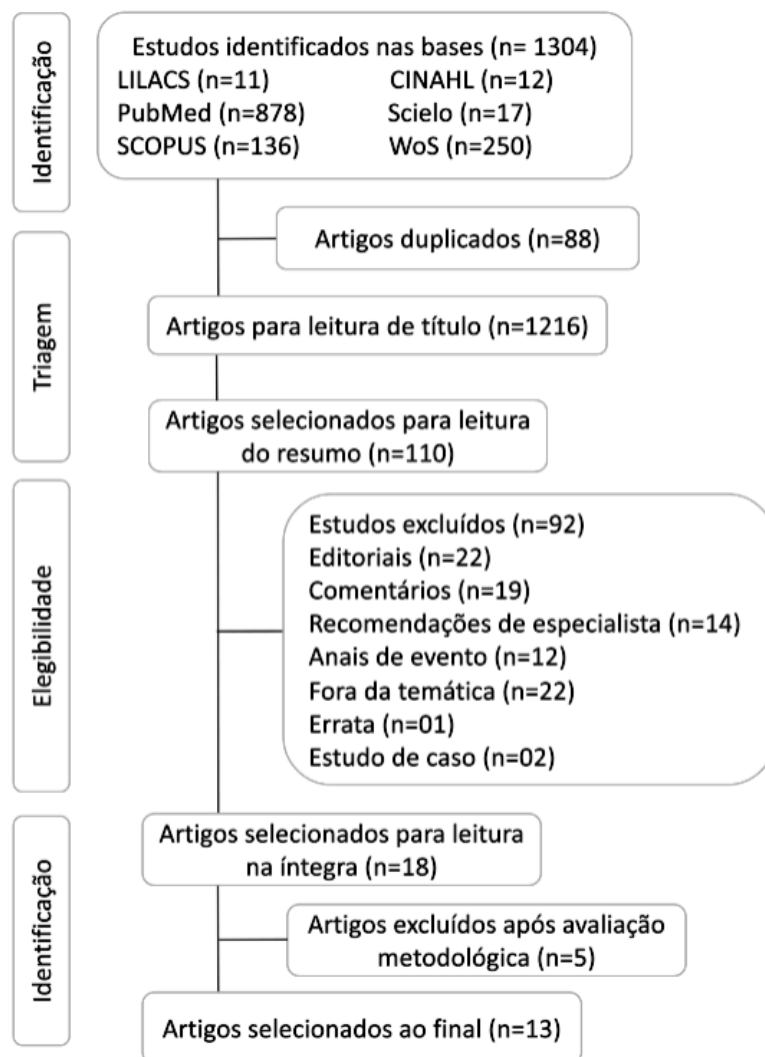
Com base no cenário de investigação, construiu-se a pergunta de pesquisa utilizando-se a estratégia TQO, que leva em consideração o tema/assunto principal da pesquisa (T), o qualificador (Q) que são as características relacionadas ao tema e o objeto/população (O). Esta estratégia tem como função principal ambientar de forma mais direcionada o pesquisador à sua temática (Araújo, 2020).

A construção da estratégia de busca nas bases de dados pode ser visualizada no Quadro 1 (Apêndice A) A utilização de descritores nos termos em português foi utilizada para as bases LILACS e Scielo. Para gerenciamento e sincronização das referências foi utilizado o software Zotero.

Foram definidos como critérios de inclusão os artigos: que abordassem o tratamento de pacientes com câncer de mama, disponíveis eletronicamente e na íntegra, publicados a partir de 2019 (por ser o período a qual se deu início a pandemia), sem restrição de idioma. Como critério de exclusão: recomendações de experts, guidelines, artigos com foco na triagem do COVID-19, editoriais, relatos de experiência e resumos em anais de eventos.

Em decorrência do período de pandemia ter atingido abrangência mundial, os artigos relacionados às temáticas encontravam-se todos disponíveis integralmente de forma gratuita, não havendo portanto dificuldades no acesso a estes estudos.

O fluxograma do processo de seleção dos artigos e etapas percorridas encontra-se na Figura 1.



Ao final do primeiro refinamento obteve-se uma amostra de 18 artigos a serem analisados na íntegra. Para avaliação da qualidade metodológica utilizou-se, a depender do desenho do estudo, os respectivos *Critical Appraisal Tools* disponíveis na plataforma do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020). Ao final da avaliação os estudos foram classificados de acordo com suas respectivas pontuações, tendo como ponto de corte a concordância de 70% das respostas. Dessa forma, 5 artigos não alcançaram o mínimo proposto, sendo reprovados.

O Quadro 2 descreve os artigos selecionados ao final, as bases de dados, o periódico e o mês de publicação (visto todos serem artigos de 2020).

Quadro 2. Artigos presentes na seleção final por base de dados, mês/ano de publicação, título do periódico, título do artigo e autores.

Estudo	Base de dados	Mês/Ano de publicação	Periódico	Título/Autores
01	SCOPUS WoS	Jul/2020	Breast Cancer	Awake breast cancer surgery: strategy in the beginning of COVID-19 emergency (Vanni G, Pellicciaro M, Materazzo M, Dauri M, D'angelillo RM, Buonomo C, et al.)
02	PubMed	Jun/2020	In Vivo	Breast Cancer and COVID-19: The Effect of Fear on Patients' Decision-making Process (Vanni G, Materazzo M, Pellicciaro M, Ingallinella S, Rho M, Santori F, et al.)
03	PubMed	Out/2020	Clinical Breast Cancer	Breast Cancer Management During COVID-19 Pandemic in Madrid: Surgical Strategy (Sánchez JMB, Picado AL, Crespo MEO, Sáez JAG, Merlo MRP, Muela MH)
04	PubMed	Out/2020	Cancer	Breast imaging, breast surgery, and cancer genetics in the age of COVID-19 (Yin K, Singh P, Drohan B, Hughes KS)
05	SCOPUS	Nov/2020	Breast Cancer Research and Treatment	COVID-19 and breast cancer at a Regional Breast Centre: our flexible approach during the pandemic (Cadilli L, DeGirolamo K, McKevitt E, Brown CJ, Prabhakar C, Pao J, et al.)
06	PubMed	Set/2020	Eur J Breast Health	COVID-19 Outbreak and Consequent Delays in Schedules of the Breast Clinic: Effects on Patients' Breast and Emotional Symptoms (Alipour S, Moini A, Orouji M, Saberi A, Motamedi M, Eskandari A)
07	PubMed	Dez/2020	Clinical Breast Cancer	Effect of the COVID-19 Pandemic on Surgical Breast Cancer Care in the Netherlands: A Multicenter Retrospective Cohort Study (Filipe MD, Deukeren D, Kip M, Doeksen A, Pronk A, Verheijen PM, et al.)
08	WoS	Jun/2020	Palliative and Supportive Care	Healthcare utilization among breast cancer patients during the COVID-19 outbreak (Shinan-Altman S, Levkovich I, Tavori G)

Quadro 2. Artigos presentes na seleção final por base de dados, mês/ano de publicação, título do periódico, título do artigo e autores. (continuação)

09	PubMed SCOPUS WoS	Nov/2020	Breast Cancer Research and Treatment	Patient-reported treatment delays in breast cancer care during the COVID-19 pandemic (Papautsky EL, Hamlish)
10	PubMed	Out/2020	Frontiers in surgery	Patterns of Delaying Surgery for Breast Cancer During the COVID-19 Outbreak in Daegu, South Korea (Lee J, Jung JH, Kim CS, Park HY)
11	PubMed	Jun/2020	Advances in Radiation Oncology	Rapid Adaptation of Breast Radiation Therapy Use During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic at a Large Academic Cancer Center in Canada (Koch CA, Lee G, Liu ZA, Liu F, Fyles A, Han K, et al.)
12	PubMed SCOPUS	Set/2020	EClinical Medicine	Suboptimal declines and delays in early breast cancer treatment after COVID-19 quarantine restrictions in China: A national survey of 8397 patients in the first quarter of 2020 (Li J, Wang H, Geng C, Liu Z, Lin Y, Nie J, et al.)
13	PubMed	Nov/2020	Healthcare	The COVID-19 Outbreak May Be Associated to a Reduced Level of Care for Breast Cancer. A Comparative Study with the Pre-COVID Era in an Italian Breast Unit (Fancellu A, Sanna V, Rubino C, Ariu ML, Piredda C, Piana GQ, et al.)

Fonte: elaborado pela autora

De acordo com as bases de dados, é possível observar que a maioria dos artigos encontravam-se exclusivamente indexados na base PubMed (n=08), enquanto que, por intermédio da ferramenta mesclagem do Zotero, é possível identificar que mais dois artigos encontravam-se hospedados na PubMed, em conjunto com outras bases.

Com relação ao período de publicação, os artigos foram sendo lançados principalmente no segundo semestre de 2020, nos meses de junho, outubro e novembro com 03 artigos publicados em cada mês. Os periódicos possuíam temáticas predominantes voltadas à oncologia e ao câncer de

mama, com destaque a Breast Cancer Research and Treatment que apresenta 02 artigos incluídos na presente revisão.

No que se refere ao delineamento metodológico, a formação do autor principal, o local do estudo, país e idioma, podem ser visualizados no Quadro 3.

Quadro 3. Estudos presentes na seleção final segundo delineamento, formação do autor principal, localidade, país e idioma principal.

Estudo	Delineamento	Formação do autor principal	Local do estudo	País	Idioma
01	Coorte retrospectiva	Mastologista	Tor Vergata University Hospital	Itália	Inglês
02	Coorte retrospectiva	Mastologista	Tor Vergata University Hospital	Itália	Inglês
03	Transversal	Ginecologista	Clinico San Carlos Hospital	Espanha	Inglês
04	Transversal	Cirurgião Oncologista	Banco de dados de uma empresa (CRA Health LLC) de avaliação do risco de câncer.	Estados Unidos	Inglês
05	Coorte retrospectiva	Residente em Medicina	Mount Saint Joseph Hospital	Canadá	Inglês
06	Transversal	Mastologista	Breast Clinic in Arash Women's Hospital	Irã	Inglês
07	Coorte retrospectiva	Mastologista	Multicêntrico - University Medical Centre Utrecht; - Ziekenhuis Rivierenland; - St Antonius Ziekenhuis; - Diakonessenhuis - Meander Medical Centre;	Holanda	Inglês
08	Transversal	Docente	Survey online	Israel	Inglês

Quadro 3. Estudos presentes na seleção final segundo delineamento, formação do autor principal, localidade, país e idioma principal. (continuação)

09	Transversal	Docente	Survey online	Estados Unidos	Inglês
10	Caso-controle	Cirurgião	Surgery Department of Kyungpook National University Chilgok Hospital	Coreia do Sul	Inglês
11	Coorte retrospectiva	Radiologista	Large Academic Cancer Center in Canada	Canadá	Inglês
12	Coorte retrospectiva	Mastologista	Multicêntrico 97 centros especializados em câncer em torno de 19 províncias	China	Inglês
13	Coorte retrospectiva	Mastologista	Unit of General Surgery 2, University of Sassari	Itália	Inglês

Quanto ao delineamento dos estudos, estes foram em totalidade estudos observacionais, ou seja, aos quais não foram realizadas intervenções. A maioria dos estudos enquadravam-se como coortes retrospectivas (n=07) e estudos transversais (n=04). Dos profissionais, autores principais dos estudos, em geral eram mastologistas (n=08), não havendo ainda estudos publicados por enfermeiros.

A Itália foi o país com mais estudos publicados (n=03), com pesquisas monocêntricas, seguido do Canadá (n=02) e dos Estados Unidos (n=02). A China e a Holanda, embora com apenas uma publicação cada, destacam-se por sua abrangência com estudos multicêntricos, com dados de 97 centros e 05 hospitais, respectivamente. Os estudos apesar de sua diversidade nas localidades, apresentaram-se todos no idioma inglês.

O Quadro 4 apresenta o objetivo, as características das amostras dos estudos e seus principais resultados.

Quadro 4. Estudos presentes na seleção final por objetivo, amostra/grupos avaliados e principais resultados.

Estudo	Objetivo	Amostra/Grupos avaliados	Principais resultados
01	Estimar como a estratégia cirúrgica mudou o serviço durante o surto de COVID-19	<p>Pré-COVID-19-BC (30/01/2020 - 30/03/2020) n=39;</p> <p>Pos-COVID-19-BC (a partir de 31/03/2020) n=37</p> <p>Amostra total n=68</p>	<p>No grupo pré-COVID-19-BC, o intraoperatório (tempo do procedimento cirúrgico, de preparação e recuperação da sala cirúrgica) e o tempo de cirurgia foram respectivamente 159.92±43.02 min e 86.02±32.02 min. Quando comparada com o grupo COVID-19-BC, uma redução do intraoperatório foi reportada (139.13±43.84 min), enquanto que o tempo comparativo do resultado do tempo de cirurgia (85.81 ± 31.17 min). A média de tempo de permanência para o grupo pre-COVID-19-BC e COVID-19-BC foi de 1.92 ± 1.31 dias e 1.35 ± 0.68, respectivamente. O tempo de permanência demonstrou uma redução na média de 0.57 dias entre os grupos mostrando significância estatística (p = 0.015).</p>
02	Avaliar o número potencial de pacientes com CA de mama que sofrerão em caso de atraso na avaliação pré-operatória e cirurgia.	<p>Pre-COVID (18/01/2020 - 18/02/2020)</p> <p>Pos-COVID (19/02/2020 - 20/03/2020)</p> <p>Lesão suspeita em mama (LSM) PRE-COVID n=43; POS-COVID n=39;</p> <p>Câncer de Mama (CAM) PRE-COVID n=41; POS-COVID n=37</p> <p>Amostra total n=160</p>	<p>A análise dos grupos CA de mama e LSM não mostrou diferença nas características pré-tratamento (p> 0,05). Os grupos POST-COVID-19-LSM e POST-COVID-19-CAM apresentaram maiores taxas de recusa de procedimentos e recusa cirúrgica (p = 0,0208, p = 0,0065 respectivamente). O risco de infecção representou o principal motivo de recusa entre os pacientes do POST-COVID-19.</p>

Quadro 4. Estudos presentes na seleção final por objetivo, amostra/grupos avaliados e principais resultados. (continuação)

03	Apresentar as estratégias de tratamento adotadas pela Unidade de Câncer de Mama do Hospital Clínico San Carlos de Madri ao longo da epidemia.	Grupo A - durante o surto do COVID-19 - 15/03/2020 - 21/04/2020 (n=29) Grupo B - após o surto do COVID-19 - 22/04/2020 - 06/05/2020 (n=28)	Do grupo A, seis (20,7%) pacientes com câncer de mama invasivo triplo negativo foram submetidos a docetaxel mais quimioterapia neoadjuvante com carboplatina. Dois ciclos únicos adicionais de carboplatina foram remarcados em 2 (6,9%) pacientes deste grupo antes do procedimento cirúrgico durante esta fase. Dez (34,4%) pacientes com câncer de mama HER2+ receberam quimioterapia neoadjuvante, trastuzumabe e pertuzumabe. Trastuzumabe e pertuzumabe foram mantidos até o momento da cirurgia. Pacientes com diagnóstico recente de câncer de mama positivo para receptor hormonal (HR+) (incluindo 1 paciente com envolvimento nodal N1) iniciaram a terapia endócrina. Para os pacientes do grupo B, o tempo de espera para cirurgia variou de acordo com as tendências epidemiológicas. A média de permanência hospitalar foi de 2.0 dias (IQR, 0-2.0 dias).
04	Analisar um conjunto único de dados para fornecer uma visão sobre o efeito do COVID-19 no tratamento do câncer de mama nos Estados Unidos.	Dados secundários, a partir do dia 02/02/2020 - 11/04/2020, de 55 Centros de Imagem Mamária de 27 Estados.	A queda no total de consultas cirúrgicas de mama começou durante a semana de 8 de março, quando caiu de 880 para 720 consultas (uma queda de 18,2%). Após a semana de 8 de março, a taxa média de queda semanal foi de 20,5%, com queda semanal máxima de 35,5% (semana de 8 de março à semana de 15 de março). A tendência geral de queda foi estatisticamente significativa (P = .003).

Quadro 4. Estudos presentes na seleção final por objetivo, amostra/grupos avaliados e principais resultados. (continuação)

05	<p>Avaliar a capacidade do modelo de atendimento centralizado e baseado em equipe para se adaptar à pandemia, avaliando os tempos de espera para atendimento cirúrgico de pacientes com câncer de mama em comparação com um período de tempo semelhante no ano anterior</p>	<p>PRE-COVID (16/03/2019 - 30/04/2019) Tratamento cirúrgico para câncer de mama n=99; Cirurgia em pacientes com suspeita de CA de mama n=30 POS-COVID (16/03/2020- 30/04/2020) Tratamento cirúrgico para câncer de mama n=162; Cirurgia em pacientes com suspeita de CA de mama n=34</p>	<p>Os tempos de espera da biópsia à cirurgia e da cirurgia à consulta de oncologia foram melhorados em 2020 com uma redução do tempo de biópsia à cirurgia de 58 para 28 dias para pacientes atendidos durante a pandemia. Houve um aumento no uso de anestesia regional e alta no mesmo dia em comparação com 2019, com aumentos na anestesia regional (41% -89%) e alta no mesmo dia (64% -86%) após as adaptações à pandemia terem sido implementadas.</p>
06	<p>Investigar se os atrasos causados pelo surto afetaram os sintomas mamários das pacientes ou o seu estado emocional.</p>	<p>Pacientes atendidos de Março a Maio de 2020. n=134</p>	<p>O atraso médio para todos os pacientes (124 casos, 9 desaparecidos) foi de 2,93 meses (0-8 meses). O atraso médio entre os 115 casos com afastamento relacionado ao COVID-19 (medo de transmissão ou não conseguir marcar consulta) foi de 2,78 meses (0-6 meses).</p>
07	<p>Determinar o efeito da pandemia COVID-19 na demanda cirúrgica de câncer de mama.</p>	<p>Pacientes em tratamento no período de 09/03/2020 - 17/05/2020</p>	<p>Uma diminuição geral no número de cirurgias de câncer de mama realizadas durante a pandemia de COVID-19 na Holanda. Além disso, o número de referências do programa nacional de triagem e GPs diminuiu. Nenhum aumento no número de complicações pós-operatórias ocorreu durante o período de estudo. Finalmente, a presença de sintomas relacionados ao COVID-19 não aumentou o risco de complicações pós-operatórias.</p>

Quadro 4. Estudos presentes na seleção final por objetivo, amostra/grupos avaliados e principais resultados. (continuação)

08	<p>Examinar as associações que ligam o estado de saúde percebido, a suscetibilidade percebida de COVID-19, ansiedade e recursos de enfrentamento com a utilização de serviços de saúde entre pacientes com câncer de mama durante o surto de COVID-19</p>	<p>Questionário online respondido por 151 israelitas diagnosticadas com CA de mama no período de 05/04/2020 - 12/04/2020.</p>	<p>O contato de pacientes com câncer de mama com profissionais de saúde foi menor do que o contato anterior à pandemia. Um maior grau de contato com os profissionais de saúde foi relacionado à percepção dos pacientes sobre a saúde como ruim / razoável, menor suscetibilidade percebida, menor senso de domínio e maior apoio social. Além disso, as chances de cancelar uma consulta na clínica de oncologia / hematologia eram maiores na presença de doenças crônicas adicionais e um maior senso de domínio.</p>
09	<p>Examinar os múltiplos fatores que contribuem para as disparidades no acesso ao tratamento do câncer para obter uma compreensão abrangente dos atrasos no tratamento do câncer de mama durante o período inicial da pandemia.</p>	<p>Questionário online respondido, no período de 02/04/2020 - 27/04/2020, por 609 pacientes diagnosticados com câncer de mama nos Estados Unidos</p>	<p>Quarenta e quatro por cento dos participantes relataram atrasos no tratamento do câncer durante a pandemia. Atrasos em todos os aspectos do cuidado e tratamento do câncer foram relatados. A única variável que teve um efeito significativo foi a idade (97 (0,95, 99), $p < 0,001$) com entrevistados mais jovens ($M = 45,94$, $DP = 10,31$) relatando uma maior incidência de atrasos do que os entrevistados mais velhos ($M = 48,98$, $DP = 11,10$). Não houve efeito significativo para raça, seguro, local de atendimento ou estágio do câncer.</p>
10	<p>Investigar os padrões de adiamento da cirurgia para câncer de mama durante o surto de COVID-19</p>	<p>Pacientes com câncer de mama que visitaram o departamento cirúrgico de 18/02/2020 - 18/04/2020 Grupo de adiamento cirúrgico n=27; Grupo de não adiamento cirúrgico n=34 Amostra total n=62</p>	<p>Os pacientes do grupo de cirurgia não adiada eram relativamente mais jovens ($p = 0,003$), solteiros ($p = 0,038$), tinham mastectomia planejada ($p = 0,041$), receberam biópsia por agulha para diagnóstico ($p = 0,021$). No entanto, não houve diferenças significativas em termos dos estádios patológicos T e N entre os dois grupos.</p>

Quadro 4. Estudos presentes na seleção final por objetivo, amostra/grupos avaliados e principais resultados. (continuação)

11	<p>Descrever a experiência da adoção precoce de tais práticas durante a pandemia COVID-19 em um grande programa acadêmico de radioterapia.</p>	<p>Grupo 1 (01/03/2019 - 30/04/2019) n=160 Grupo 2 (01/03/2020 - 30/04/2020) n=118</p>	<p>Após a declaração de emergência em Ontário, houve uma diminuição de 39% no início da radioterapia em 2020 em comparação com 2019 (79 vs 129, P <0,001). Houve um aumento relativo na proporção de pacientes que receberam irradiação nodal regional (RNI) em 2020 em comparação com 2019 (46% vs 29%, respectivamente), com a introdução de RNI hipofracionado em 2020 (27 de 54 casos, 50%). Uma proporção menor de pacientes que iniciaram a terapia de radiação tinha idade > 50 anos em 2020, 66% (78 de 118) versus 83% (132 de 160) em 2019, P = 0,0027</p>
12	<p>Descobrir como pacientes com câncer de mama em estágio inicial recebem seus tratamentos regulares durante o primeiro trimestre de 2020 e para explorar os atrasos reais de diferentes regiões e períodos.</p>	<p>Pacientes com câncer de mama precoce, em que 1.620 pacientes de 43 hospitais da província de Hubei e outros 6.777 pacientes de 54 hospitais eram de outras províncias. Amostra total n=8397</p>	<p>A terapia endócrina pós-operatória foi menos afetada em comparação com diferentes regiões após a quarentena (OR = 0,37 [IC 95% 0,19–0,73]). A proporção de cirurgias diminuiu de 16,4% em dezembro do ano passado para 2,6% em fevereiro em Hubei. Em comparação com os intervalos do diagnóstico ao tratamento antes das restrições de quarentena, o tempo médio aumentou significativamente de 3,5 a 7,7 dias em Hubei e 5,7 a 7,7 dias em outras províncias (p <0,01). Houve também 18,5 e 7,2 dias de atraso em Hubei e outras províncias, respectivamente, ao calcular o intervalo da cirurgia à terapia pós-operatória.</p>

Quadro 4. Estudos presentes na seleção final por objetivo, amostra/grupos avaliados e principais resultados. (continuação)

13	Avaliar os efeitos da pandemia de COVID-19 no manejo cirúrgico de pacientes com câncer de mama em uma unidade de mama em uma região com casos limitados de COVID-19, comparando o tratamento e os resultados de pacientes operados durante a pandemia com aqueles operados no período pré-pandêmico.	Grupo A - Pacientes operados com câncer de mama de 01/03/2020 - 30/04/2020 (n=42) Grupo B - Pacientes operados com câncer de mama de 01/03/2019 - 30/04/2019 (n=41)	O tempo de espera pela cirurgia foi um pouco maior no Grupo A (49,11 vs. 46,39 dias, $p = 0,38$). Pacientes que receberam reconstrução mamária imediata foram significativamente menos no Grupo A ($p < 0,001$). O uso de biópsia de linfonodo sentinela foi semelhante nos dois grupos ($p = 0,84$). A permanência hospitalar foi maior nos pacientes do Grupo B ($p = 0,008$). O uso de bloqueios nervosos regionais foi menor no Grupo A ($p < 0,001$). Os pacientes operados durante o auge da pandemia tinham menos probabilidade de receber reconstrução imediata e bloqueios nervosos regionais durante a cirurgia.
----	--	--	---

Dos objetivos dos estudos, percebe-se a preocupação dos pesquisadores em elencar como principais tópicos: descrever os resultados das mudanças/adaptações/estratégias utilizadas nos serviços durante o período de pandemia (01, 03, 05, 11), avaliar os atrasos na avaliação pré-operatória e cirúrgica (02, 09, 10), nas consultas (06) e no tratamento (12), além de avaliar as mudanças nas demandas (04, 07, 13).

No que se refere aos grupos investigados, a maioria dos estudos separou suas amostras em grupos do período COVID-19 e em amostras do ano anterior de 2019 para comparação. O período de pandemia dos estudos variou considerando dados a partir de fevereiro/2020 à maio/2020, não havendo, portanto, investigação nos serviços a partir do mês de junho/2020. O referencial para ponto de corte entre período de pandemia foi o dia em que o primeiro caso interno de COVID-19 foi registrado. As diferenças observadas são justificadas pelo fato da disseminação e chegada do vírus ter variado dependendo da localização.

3.1 Síntese do conhecimento

A partir da leitura crítica dos artigos emergiram quatro categorias discutidas a seguir.

3.1.1 Atrasos e adiamentos das consultas e dos tratamentos.

Alguns pacientes tiveram seus procedimentos cirúrgicos remarcados, ou colocados em lista de espera. Esta atitude contou com a experiência clínica dos profissionais que se utilizaram de um processo individualizado nas avaliações dos pacientes e com o auxílio de guidelines aos quais indicavam grupos que poderiam ser considerados prioritários, e outros grupos poderiam ter suas consultas adiadas.

Conforme o estudo realizado por Vanni et al (2020a) na comparação entre grupos pré e pós COVID-19, a lista de espera entre diagnóstico do CA de mama e o procedimento cirúrgico não mostrou significância estatística ($p > 0.05$) (11.8 dias para o grupo pre-COVID-19-BC e 12.2 dias para o grupo COVID-19-BC).

No estudo publicado por Papautsky & Hamlish (2020) que incluiu uma amostra de 609 mulheres americanas com câncer de mama, as entrevistadas relataram maior taxa de atrasos em consultas clínicas de rotina ou de acompanhamento (79%), reconstrução cirúrgica da mama (66%), diagnóstico por imagem (60%) e exames laboratoriais (50%). Uma menor taxa de atrasos foi observada no aconselhamento e teste genético (11%) e terapias orais (13%). Aproximadamente

30% das entrevistadas relataram atrasos nas terapias de câncer baseadas em hospitais ou clínicas, incluindo radiação (30%), terapias de infusão (32%) e remoção cirúrgica do tumor (26%). Atrasos com base no estágio do câncer mostraram pouca variação: 44%, 46%, 46%, 44% e 42% para os estágios 0, 1, 2, 3, 4, respectivamente. A única variável que teve um efeito significativo foi a idade (97 (95, 99), $p < 0,001$) em que mulheres mais jovens ($M = 45,94$, $DP = 10,31$) relataram maior incidência de atrasos do que as mais velhas ($M = 48,98$, $DP = 11,10$).

Durante o surto de COVID-19 em Daegu, na Coreia do Sul, o período médio de atraso da cirurgia foi de 15,9 ($DP, \pm 10,9$) dias. Pacientes com câncer de mama multifocal ou em fase de mastectomia apresentaram tendência à cirurgia ($p = 0,020$ e $0,041$, respectivamente). No entanto, não houve diferença significativa nos estágios patológicos T e N entre os dois grupos ($p = 0,274$ e $0,658$, respectivamente). Ao comparar o tempo de atraso da cirurgia (≤ 1 semana, > 1 semana, ≤ 1 mês e > 1 mês), apenas o estágio T clínico (igual ao patológico) apresentou significância estatística entre os três grupos ($p = 0,003$). Nenhuma outra variável clínica e patológica foi diferente entre os três grupos. Não houve diferença significativa em termos de estágio patológico entre os dois grupos, mesmo se a cirurgia foi adiada por várias semanas. (Lee et al. 2020)

Na investigação das causas de atrasos entre consultas, em estudo realizado no Irã, o atraso médio para todos os pacientes investigados ($n=124$) foi de 2,93 meses (0-8 meses). Entre os 115 casos com afastamento relacionado ao COVID-19, o medo de transmissão ou não conseguir marcar consulta foram causas elencadas, com atraso médio de 2,78 meses (0-6 meses). (Alipour et al. 2020)

Na Itália, em estudo monocêntrico, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre grupos na taxa de recusa de realizar procedimentos (core biopsia ou biopsia à vácuo assistida) entre os períodos PRE-COVID-19 e PÓS-COVID-19 ($p = 0,0065$) para o grupo com suspeita de lesão mamária, enquanto que no grupo CA de mama, foi encontrada diferença quanto a recusa de cirurgia ($p=0.0208$) (Vanni et al. 2020b)

Para as mulheres israelitas ($n=151$), 31% relataram o cancelamento de consultas aos serviços de saúde devido ao surto de COVID-19. Os motivos para o cancelamento da consulta nas clínicas de oncologia/hematologia foram medo de contrair o vírus (93%), esquecimento (4%) e falta de urgência (3%). (Shinan-Altman et al. 2020)

Na China, em estudo multicêntrico, um total de 8088 casos foram analisados no tempo desde o diagnóstico até o tratamento. Observou-se que em Hubei houve uma demora em média 7,7

dias para receber o tratamento após o diagnóstico, após as restrições de quarentena terem sido implementadas, enquanto que antes o atraso era de apenas 4,2 dias. Esse atraso foi significativo quando o tratamento iniciado foi cirurgia, em vez de terapia pré-operatória. (Li et al. 2020)

Na Itália, na Unidade Geral de Cirurgia da Universidade de Sassari, o tempo médio de espera pela cirurgia foi de 47,8 dias, sendo um pouco maior no grupo de pacientes operados por câncer de mama em 2020 (Grupo A - 49,11 vs. Grupo B - 46,39), embora a diferença não tenha sido significativa ($p = 0,38$). (Fancellu et al. 2020)

Vale ressaltar que além do tratamento, outros serviços também foram afetados com o surto do COVID-19, como os serviços de imagem e diagnóstico, a qual também tiveram suas demandas reduzidas. (Yin et al. 2020)

3.1.2 Tempo em sala cirúrgica e permanência hospitalar durante a pandemia

No que se refere aos procedimentos cirúrgicos, o estudo realizado por Vanni et al. (2020a) observou diferença nos tempos cirúrgicos nos grupos pré e pós COVID, em que no grupo pre-COVID-19-BC, o intraoperatório (tempo do procedimento cirúrgico, de preparação e recuperação da sala cirúrgica) e o tempo de cirurgia foram respectivamente 159.92 ± 43.02 min e 86.02 ± 32.02 min. Quando comparada com o grupo COVID-19-BC group, uma redução do intraoperatório foi reportada (139.13 ± 43.84 min), enquanto que o tempo comparativo do resultado do tempo de cirurgia (85.81 ± 31.17 min). O teste exato de Fisher mostrou diferença significativa na comparação de intraoperatório ($p=0.040$) enquanto que a comparação de tempo de cirurgia foi $p = 0.976$.

A média de tempo de permanência para o grupo pre-COVID-19-BC e COVID-19-BC foi de 1.92 ± 1.31 dias e 1.35 ± 0.68 , respectivamente. O tempo de permanência demonstrou uma redução na média de 0.57 dias entre os grupos mostrando significância estatística. O que indica que no período de pandemia do COVID-19, a cirurgia de mama proporcionou uma redução de Tempo em Sala Operatória, Tempo de Internação e tratamento potencialmente cirúrgico para um número maior de pacientes oncológicos. (Vanni et al. 2020a)

Em outro estudo, realizado na Espanha por Sánchez et al. (2020), o tempo médio gasto na lista de espera variou de acordo com a tendência da epidemia e dos recursos disponíveis para cirurgia. Pacientes com cirurgia agendada para março, o tempo médio da lista de espera foi de 75 dias (IQR, 48,5-81,3 dias), para abril foi de 28 dias (IQR, 11-42,5 dias) e para maio, 13,5 dias (IQR, 11,8-27,5 dias) ($P < 0,001$). A mediana do tempo total de internação foi de 2,0 dias (IQR, 0-

2,0 dias). Para a cirurgia conservadora da mama, o tempo total médio de internação hospitalar foi de 1,0 dia (IQR, 0-2,0 dias); para a mastectomia, foi de 3,0 dias (IQR, 2,5-3,5 dias), e a mastectomia com reconstrução imediata com implante teve uma mediana de 4,0 dias (IQR, 2,5-4 dias).

No Canadá, a maioria das pacientes com câncer foi submetida à cirurgia conservadora da mama (78% em 2019 e 71% em 2020). A reconstrução (mastectomia com reconstrução imediata por Cirurgia Plástica) representou 15% dos casos em 2019 e 11% dos casos durante a pandemia de 2020. A espera geral da biópsia até a cirurgia foi de 40 dias em 2019 contra 45 dias em 2020 ($p = 0,18$). Houve aumento do uso de anestesia regional / local em vez de anestesia geral em 2020 para evitar intubação durante a pandemia; 93 de 162 (57%) dos pacientes com câncer receberam apenas anestésico regional, em comparação com 3 de 99 (3%) em 2019 ($p = 0,00001$). (Cadilli et al. 2020).

Na Holanda, em estudo multicêntrico, nenhum aumento no número ou gravidade das complicações pós-operatórias foi encontrado durante o período do estudo. A análise multivariada demonstrou apenas que pacientes submetidos à mastectomia tiveram um risco significativamente maior de desenvolver complicações pós-operatórias (OR, 3,73; IC de 95%, 1,14-12,23; $P = 0,030$) em comparação com pacientes submetidos a cirurgia conservadora de mama. Da mesma forma, o número de comorbidades aumentou o risco de complicações pós-operatórias (OR, 1,95; IC 95%, 1,05-3,45; $P = 0,035$). Os sintomas relacionados ao COVID-19 e a terapia neoadjuvante não aumentaram o risco de complicações pós-operatórias. (Filipe et al. 2020)

3.1.3 Radioterapia, tratamento neoadjuvante e adjuvante

Na China, em estudo multicêntrico, entre os 2.125 pacientes que receberam terapia pré-operatória, 759 pacientes receberam cirurgia com datas claras. O tempo médio desde o final da terapia pré-operatória até a cirurgia desde as restrições foi de 34,7 dias em outras províncias, 9,3 dias de atraso em comparação com o intervalo anterior. A terapia endócrina pós-operatória foi menos afetada quando comparada com diferentes regiões após as restrições de quarentena (diferença 5,4%, IC 95% 0,6-10,2). Não houve significância estatística na radioterapia (OR = 0 · 71,95% IC 0 · 48–1 · 06) quando comparada com as diferentes regiões. Pelo contrário, foram observados ligeiros aumentos na terapia pré-operatória na província de Hubei e na configuração pós-operatória em outras províncias (Li et al. 2020)

Em estudo realizado por Sánchez et al. (2020), pacientes integrantes do grupo A, tiveram seus nomes incluídos em uma lista de espera para reagendar o tratamento cirúrgico. Destas 36

pacientes (destes 27 com câncer de mama invasivo, e 7 com carcinoma ductal invasivo), seis (20,7%) pacientes com câncer de mama invasivo triplo negativo foram submetidas a docetaxel mais quimioterapia neoadjuvante com carboplatina. Dois ciclos únicos adicionais de carboplatina foram remarcados em 2 (6,9%) pacientes deste grupo antes do procedimento cirúrgico durante esta fase. Dez (34,4%) pacientes com câncer de mama HER2+ receberam quimioterapia neoadjuvante, trastuzumabe e pertuzumabe. Trastuzumabe e pertuzumabe foram mantidos até o momento da cirurgia. Pacientes com diagnóstico recente de câncer de mama positivo para receptor hormonal (HR+) (incluindo 1 paciente com envolvimento nodal N1) iniciaram a terapia endócrina. Não foi prescrito terapia endócrina aos pacientes com carcinoma ductal ER+ in situ.

Na Itália, o tempo de espera para consulta oncológica pós-operatória não diferiu entre os dois grupos de estudo (24,9 vs. 23,1 dias, $p = 0,74$), bem como o tempo de espera para o início da quimioterapia adjuvante (42,8 vs. 45,4 dias, $p = 0,58$). Além disso, o tempo de espera para consulta de radioterapia não diferiu (26,1 vs. 25,9, $p = 0,77$).

Com relação à radioterapia, após a declaração de emergência em Ontário, no Canadá, houve uma diminuição de 39% no início da radioterapia em 2020 em comparação com 2019 (79 vs 129, $P < 0,001$). Houve também um aumento relativo na proporção de pacientes que receberam irradiação nodal regional (RNI) em 2020 em comparação com 2019 (46% vs 29%, respectivamente), com a introdução de RNI hipofracionado em 2020 (27 de 54 casos, 50%). Uma proporção menor de pacientes que iniciaram a terapia de radiação tinha idade > 50 anos em 2020, 66% (78 de 118) versus 83% (132 de 160) em 2019, $P = 0,0027$ (Koch et al. 2020)

3.1.4 Percepção de saúde e satisfação com o serviço de saúde

Com relação a percepção de saúde, no estudo realizado por Shinan-Altman (2020) foram verificadas associações negativas ligando o estado de saúde percebido e senso de domínio com o contato com profissionais de saúde, enquanto uma associação positiva foi encontrada entre ansiedade e contato com profissionais de saúde. Em outras palavras, participantes com percepção de estado de saúde ruim a razoável, menor senso de domínio e maior ansiedade tiveram mais contato com profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19.

Além da avaliação do tratamento, o estudo realizado por Sánchez et al. (2020) utilizou-se do instrumento EORTC IN-PATSAT32 para avaliação da satisfação com o cuidado prestado. A pesquisa foi realizada por meio de ligação telefônica na forma de entrevista estruturada com

perguntas fechadas. Para a enfermagem, foram utilizadas 4 escalas de avaliação, obtendo-se os seguintes dados: habilidades técnicas (87,6), habilidades interpessoais (85,8), administração de informações (84,2) e disponibilidade (84,2). Para a satisfação com a qualidade da organização e dos serviços prestados pelo hospital, foram consideradas diferentes escalas: habilidades interpessoais da equipe hospitalar (81,2), troca de informações (77,6), tempo de espera (72,2), acesso ao hospital (71) e conforto (78,4).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico, retrospectivo, longitudinal. Os estudos analíticos tem seu foco na busca por associações entre variáveis para a realização de inferências sobre relações de causa-efeito. Os estudos retrospectivos longitudinais, por sua vez, baseiam-se na premissa da mensuração periódica do desfecho de interesse, em que os dados de uma determinada amostra de sujeitos foram coletados previamente ao longo do tempo (HULLEY, 2015).

4.2 Local da coleta de dados do estudo

Foram realizadas idas ao Ambulatório de Mastologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand que junto com o HUWC compõem o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará.

O local presta serviços especializados, realizando diagnósticos, tratamento e acompanhamento de mulheres com doenças no âmbito obstétrico, ginecológico e por doenças mamárias, em especial o câncer de mama.

O ambulatório de mastologia possui estrutura física composta por quatro salas divididas entre as de atendimento médico, de enfermagem e de fisioterapia, além de quatro boxes para exame físico e procedimentos como retirada de pontos de sutura e drenos de sucção, curativos, core biopsy, punção aspirativa por agulha fina, biópsia incisional, entre outros procedimentos ambulatoriais. A equipe de saúde do local é composta por oito mastologistas, duas enfermeiras, seis técnicas de enfermagem, uma fisioterapeuta, trabalhando de segunda a sexta-feira das 7h às 19 horas, com exceção nos feriados (SANTOS et al. 2020).

A escolha do local de estudo foi feita em especial por ser um serviço de referência no atendimento às mulheres com câncer de mama, com destaque às cirurgias oncológicas mamárias (EBSERH, 2017).

As pacientes do estudo são referenciadas pela Unidade Básica de Saúde ao ambulatório para avaliação de suspeita da doença (sinal ou sintoma) ou com diagnóstico já definido (por biópsia cujo laudo histopatológico revelou malignidade).

Vale ressaltar que, conforme estudo publicado por Santos (2021), logo após dado o estado de pandemia, foram adotados protocolos de segurança no ambulatório para evitar a formação de aglomerações. Em um primeiro momento foi confeccionado um formulário com identificação das pacientes (nome completo, número do prontuário, telefone), data da consulta agendada e mastologista assistente.

Por meio do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU) foi realizada a pesquisa dos prontuários das pacientes e visto as consultas semanais agendadas, em que houve uma delimitação da quantidade de atendimentos diários (em torno de 6 pacientes por mastologista/turno). Um criterioso processo de discussão em relação aos casos de cada paciente foi levantado com a finalidade de identificar as prioridades de atendimentos e quais consultas poderiam ser postergadas. Além do supracitado, o ambulatório adotou como medidas o monitoramento (realizado por uma enfermeira) de pacientes sintomáticos que entravam no serviço, além do uso obrigatório de máscara nas dependências do local, orientados quanto a etiqueta respiratória e uso do álcool gel, quando necessário (SANTOS et al. 2021). Estas estratégias foram adotadas para proporcionar maior segurança das pacientes durante sua presença no ambulatório.

4.3 População e amostra

O local recebe mulheres das mais diversas complexidades de estadiamento e vulnerabilidades, sejam elas financeiras, sociais, dentre outras. A equipe discute de modo multidisciplinar a melhor abordagem caso a caso.

No serviço hospitalar da MEAC são realizadas em torno de 300 à 400 cirurgias mamárias por ano, sendo registrado a máxima de 425 cirurgias no ano de 2019. Estas cirurgias incluem mastectomias, quadrantectomias, setorectomias e outros procedimentos, como Biópsia do Linfonodo Sentinela e cirurgias de reabordagem (nos casos de deiscência da ferida operatória).

Devido à pandemia, entretanto, houve considerável redução no quantitativo geral, com 241 cirurgias registradas no período de janeiro à novembro de 2020 (EBSERH, 2021).

A população do presente estudo foi de mulheres atendidas no ambulatório de mastologia no período de março de 2020 a julho de 2021 com diagnóstico para câncer de mama. Ressalta-se o mês de março como o início da pandemia em Fortaleza-Ce.

Crítérios de inclusão: Mulheres com diagnóstico de câncer de mama independente do estadio; biópsia positiva; com modalidade de tratamento cirúrgico de escolha.

Crítérios de exclusão: Mulheres em cuidados paliativos em fim de vida, acreditando ser esse um momento oportuno para prática de outras terapêuticas que não a oncológica; mulheres com restrições mentais, que impossibilitem a compreensão dos instrumentos.

Para determinação da amostra representativa, foi utilizada como base a fórmula para cálculos de populações finitas representada pela seguinte equação (SILVA, 2012):

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Em que:

n= subconjunto da população;

Z= nível de confiança

e= erro amostral máximo permitido

p= porcentagem que o fenômeno verifica

q= porcentagem complementar (100-p)

N= tamanho da população

Foi estabelecido nível de confiança de 95% (expresso em desvio-padrão como 1,96) e erro máximo de 5%. Para “p” e “q” utilizou-se o percentual de 50% para amostras mais heterogêneas. O tamanho da população esteve relacionado ao quantitativo de cirurgias, que, conforme os relatórios de gestão referentes a produção assistencial (EBSERH, 2021), foram realizadas pela equipe médica da mastologia em média 328 cirurgias em mulheres com câncer de mama, por ano, nos últimos 5 anos. Após a aplicação da amostra finita chegou-se ao valor desejado de 174 mulheres.

No período de março de 2020 a julho de 2021 foram protocolados 189 casos novos de câncer de mama com cirurgia eletiva, destes, 11 foram excluídos por se enquadrarem em pacientes em cuidados paliativos e 38 foram excluídos por não apresentarem suficientes, como as informações relativas a data de biópsia e/ou demais informações relacionadas aos tempos investigados.

4.4 Coleta de dados/Variáveis

Para atingir os objetivos do estudo, foi realizada a pesquisa nos prontuários da instituição:

4.1.2 Pesquisa em Prontuários

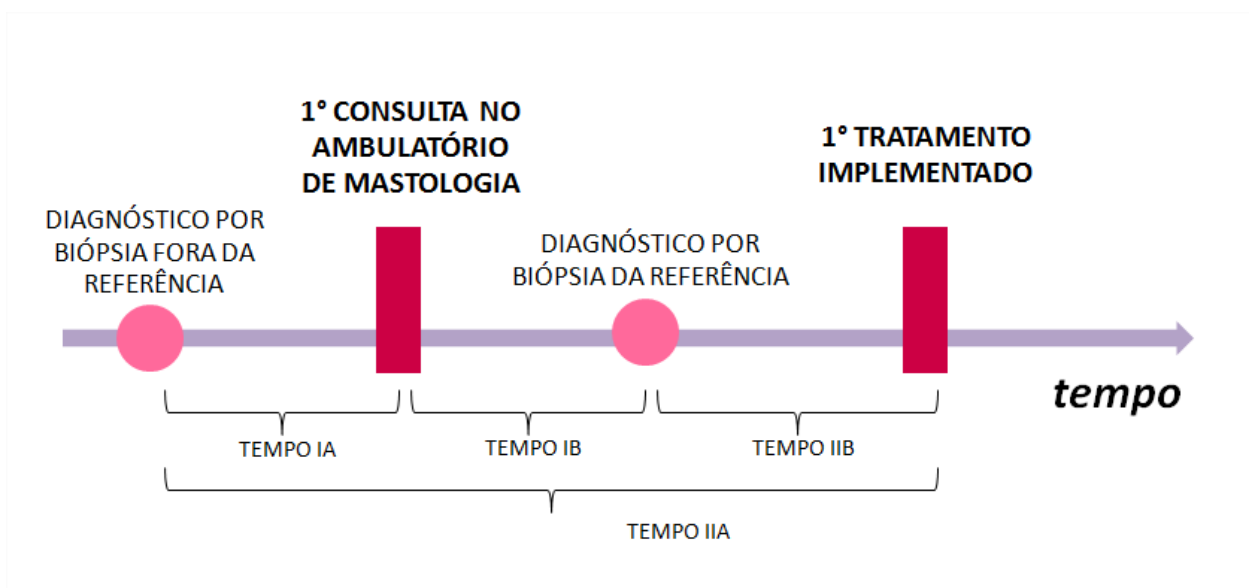
A busca individual dos prontuários eletrônicos foi realizada por intermédio do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU). As informações sobre aspectos clínicos, exames médicos e dados sociodemográficos foram obtidos por meio de busca direta aos prontuários físicos e/ou eletrônicos em duas etapas, coletadas por formulário semi-estruturado (Apêndice B) a qual passou por validação com profissionais especialistas da área.

O instrumento abordou informações relacionadas à:

- **Dados sociodemográficos:** Idade, Raça, Estado conjugal, Escolaridade, Renda, Religião, Procedência, Ocupação.
- **História reprodutiva:** Gestações, Paridades, Abortos, Menarca, Status menopausal
- **Hábitos sociais:** Consumo de álcool e tabaco ao diagnóstico
- **Comorbidades:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Outras comorbidades
- **Dados clínico-laboratoriais:** Tipo histológico de tumor, Estadiamento clínico por TNM, Marcadores imunohistoquímicos, Primeiro tratamento implementado, Biópsia do Linfonodo Sentinela, Tempo entre a mamografia e a consulta com mastologista (MEAC), Tempo entre o diagnóstico por biópsia e o primeiro tratamento (Cirurgia/QT/Hormônio).

Para avaliarmos os tempos de início do tratamento e verificar o comportamento desses momentos durante a pandemia, foi utilizado como base Monteiro (2016) a qual realizou uma coorte retrospectiva com o objetivo de determinar as características relacionadas ao atraso no início do tratamento do câncer de mama e os fatores associados. Na figura 1 estão ilustrados os tempos de

primeiro tratamento e o primeiro diagnóstico histopatológico que serão estudados. Semelhante ao realizado no estudo, será utilizado a Lei Federal 12.732 como referência, que estabelece que o paciente com câncer tem como direito o início do tratamento, seja quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico em até 60 dias a partir do laudo patológico que confirma o diagnóstico da doença. Desse modo, será considerado atraso quando o tempo entre o primeiro diagnóstico de câncer e o início do tratamento for superior a 60 dias.



Legenda: IA- Tempo entre o diagnóstico por biópsia (fora do ambulatório) e a 1º consulta no ambulatório de mastologia. IIA- Tempo para o início do tratamento das pacientes com diagnóstico fora do ambulatório. IB- Tempo entre a 1º consulta na mastologia de pacientes sem diagnóstico e o diagnóstico por biópsia na referência. IIB – Tempo para o início do tratamento das pacientes diagnosticadas por biópsia no ambulatório de mastologia.

Figura 1: Tempo da chegada da paciente ao ambulatório de mastologia, com diagnóstico por biópsia dentro ou fora da instituição e primeiro tratamento implementado. Adaptado de Monteiro (2016).

Os tempos de principal interesse do presente estudo são: o tempo entre o diagnóstico realizado fora do ambulatório e o tratamento cirúrgico (Tempo IIA); o tempo entre o diagnóstico realizado pelo ambulatório e a terapêutica cirúrgica (Tempo IIB).

4.4.3 Avaliação do instrumento de coleta

A avaliação do instrumento de coleta foi realizada em vista de trazer maior credibilidade quanto sua aparência e conteúdo (Apêndice C). A avaliação foi conduzida por 2 juízes com especialidades relacionadas à Oncologia, que tinham ampla experiência prática no contato com pacientes oncológicos, e/ou que tinham publicações científicas na área da oncologia, especialmente voltadas ao câncer de mama.

O convite foi realizado e solicitado a assinatura do TCLE (Apêndice D). Os juízes fizeram a análise quanto ao conteúdo disposto no instrumento, o modo de apresentação das perguntas, relacionando com a capacidade de atingir os objetivos que foram propostos. As modificações sugeridas foram totalmente acatadas.

4.4.4 Período de coleta de dados

A coleta de dados nos prontuários foi conduzida pela própria pesquisadora nos meses de novembro de 2021 a janeiro de 2022. Foram realizadas inicialmente visitas ao ambulatório para acesso ao livro de registros, realizada a criação de uma planilha com nome da paciente, número de prontuário, tipo de cirurgia e telefone. Após esta etapa, foi realizado o acesso ao aplicativo do AGHU, autorizado pela enfermeira do serviço, em que eram feitas as pesquisas dos prontuários listados e realizada a coleta dos dados. Em outro momento, estes dados eram repassados para o programa de análise.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram tabulados em uma planilha por intermédio do programa Microsoft Office Excel 2010 e posteriormente armazenados e processados pelo *Statistical Packpage for the Social Science* (SPSS), versão 23.0. Os dados foram analisados conforme estatística descritiva, por medidas de tendência central, dispersão e testes de normalidade para as variáveis contínuas.

Foi realizada a verificação das diferenças das proporções pelos testes de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, em que os tempos IA, IIA, IB e IIB foram dicotomizados no ponto de corte do período de 60 dias e configuraram-se como variáveis dependentes. As variáveis sociodemográficas foram analisadas para verificar as associações com os tempos investigados. O valor $p < 0,05$ para indicar a significância estatística. Os resultados foram apresentados em tabelas

e discutidos conforme a literatura pertinente, apresentando o Odds Ratio (OR) e considerando o intervalo de confiança de 95%.

4.6 Aspectos éticos

Em todas as etapas desta pesquisa foram respeitados os aspectos éticos em consonância com a resolução 466/12 – CNS/Brasil. Para sua realização foi solicitado o consentimento formal dos profissionais do serviço responsáveis pela base de dados. Em que foi disponibilizado o termo de fiel depositário para pesquisa em prontuários. Os benefícios diretos da pesquisa estão nas melhorias que podem ocorrer no ambulatório, e os benefícios para a sociedade estão relacionados ao conhecimento que será gerado a partir dos resultados. Enquanto riscos, estamos sujeitos a perda de dados pelo mal preenchimento dos prontuários por parte dos profissionais. Foi realizado o possível dentro nossas capacidades tecnológicas para assegurar a privacidade e o sigilo dos dados. Todos os arquivos de consentimento permanecerão arquivados e protegidos em um dispositivo de pen-drive por um período de no mínimo 5 anos, sendo posteriormente descartados/deletados.

Os dados incluídos no estudo não foram utilizados de forma isolada, mas de modo agregado, o que não permitiu a identificação das pacientes avaliadas. O estudo não implicou em custos para a instituição proposta. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da Maternidade Escola Universidade Federal do Ceará sendo aprovado pelo parecer CAAE: 48485021.1.0000.5050.

5. RESULTADOS

A amostra final foi constituída por 140 prontuários. Quanto as variáveis sociodemográficas, a idade das pacientes variou de 26 a 85 anos, em que a faixa etária mais prevalente com 57 (47,9%) pacientes entre de 50 a 69 anos. Quanto ao nível de instrução, das respostas encontradas nos prontuários, 57 (43,8%) pacientes, não possuía algum grau de escolaridade, seguidas de 48 (36,9%) que possuíam o ensino médio completo. A maioria das pacientes, 91 (66,5%) delas, declararam que possuíam companheiro. Pouco mais da metade, em torno de 72 (51,8%) pacientes tinham sua procedência da capital Fortaleza. A religião predominante foi a católica com 89 (67,9%) respostas seguida da evangélica com 38 (29,0%) respostas. Das profissões desempenhadas pelas pacientes, predominaram as categorias: autônomas, agricultoras e costureira. Vale ressaltar que 70 (52,2%) delas afirmaram não possuir profissão.

Quanto a história reprodutiva, a idade da primeira menstruação estava registrada em 134 (mediana $13 \pm 1,693$) prontuários e variou de 9 a 18 anos, em que 118 (88,1%) iniciaram a menarca com mais de 12 anos de idade. A respeito da menopausa, foram encontrados 131 registros, destes, 30 mulheres ainda não haviam iniciado a menopausa, 17 encontravam-se sem menstruar como reflexo do tratamento quimioterápico, 12 passaram por histerectomia e 72 tiveram menopausa fisiológica. Quanto a história obstétrica, 122 (87,8%) já haviam passado por pelo menos uma gestação, e 37 (26,6%) vivenciaram pelo menos um aborto.

Dos hábitos e estilo de vida, 17 (12,1%) declaram etilismo social e 44 (31,4%) história pregressa e/ou atual de tabagismo. No que concerne as comorbidades, as mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica em 53 (37,8%) pacientes e a Diabetes Mellitus em 33 (23,6%) delas.

Os dados clínico-laboratoriais podem ser visualizados na Tabela 1. O tipo de tumor mais prevalente foi o CDI, presente em 82 (58,6%) pacientes. É possível observar estádios mais tardios, com presença principalmente dos estádios II (n=64; 49,5%) e III (n=35; 32,1%). A positividade de receptores hormonais foi encontrada em quase a totalidade da amostra, em 126 (92,6%) pacientes. Da classificação molecular, foram observados os tipos Luminal A (n=48; 36,9%) e Luminal B (n=49; 37,7%).

Tabela 1. Distribuição dos dados clínico-laboratoriais das pacientes com tratamento cirúrgico. Fortaleza, CE, 2022.

Variáveis		%
Tipo Histológico do Tumor (n=140)		Média 53,73 DP± 12,99
CDI	82	58,6
CDIS	21	15,0
Outros	37	26,4
Estadiamento (n=109)		
I	20	18,3
II	54	49,5
III	35	32,1
Marcadores imuno histoquímicos (n=136)		
Positivo	126	92,6
Negativo	10	7,4
Classificação molecular (n=130)		
Luminal A	48	36,9
Luminal B	49	37,7
HER-2	6	4,6
Híbrido	17	13,1
Triplo negativo	10	7,7
Legendas: CDI – Carcinoma Ductal Invasivo; CDIS – Carcinoma Ductal In Situ		

Fonte: elaborado pela autora

Quanto o status da axila, durante o exame físico, foi encontrada positividade em 50 (35,7%) mulheres. Da lateralidade do tumor, houve prevalência da mama direita em 76 (54,3%) registros. Apenas 3 mulheres apresentaram o câncer em ambas as mamas.

Do tratamento cirúrgico, pouco mais da metade, ou seja, 78 (55,7%), mulheres foram submetidas à quadrantectomia, enquanto que 62 (44,3%) foram mastectomizadas. A técnica oncoplastica foi realizada em 39 (27,9%) mulheres. A Biópsia do Linfonodo Sentinela foi efetivada em 106 delas.

Das 66 mulheres submetidas a neoadjuvância com Quimioterapia, 13 (19,7%) receberam esquema terapêutico com 4 ciclos de Adriamicina e Ciclofosfamida (AC) e 4 ciclos de Paclitaxel (T). Além disso, 12 (18,2%) receberam esquemas mais longos de 4 ciclos de AC e 12 de T. Os demais esquemas utilizaram combinações de Carboplatina, Herceptin e/ou Docetazel como quimioterápicos.

No que concerne a primeira consulta das pacientes no ambulatório, a maioria (60%) apresentou apenas a mamografia/ultrassonografia, 42 (30%) já haviam feito biópsia em outra instituição, apresentando concomitantemente o resultado de biópsia e os exames de imagem.

Os tempos investigados entre diagnóstico por biópsia, consulta e tratamento podem ser visualizados na Tabela 2.

Das pacientes com diagnóstico fora da referência, o tempo entre o diagnóstico até a primeira consulta (IA) variou de 5 à 205 dias (Mediana $28\pm 40,8$; $p=0,000$). Já o tempo entre a biópsia no ambulatório até a realização do tratamento (IIA) variou de 5 a 307 dias (Mediana $71\pm 51,8$; $p=0,000$). É possível observar que destas mulheres, 10 pacientes (20,9%) tiveram tempo de espera superior a 60 dias para a realização da consulta ambulatorial pós resultado de biópsia. Enquanto que, para a realização do tratamento, o tempo de espera pós diagnóstica superior a 60 dias, conforme a legislação brasileira, foi observado em 33 (68,7%) delas.

Para as pacientes que chegaram sem diagnóstico, o tempo entre a primeira consulta e a realização da biópsia (IB) variou de 0 a 450 dias (Mediana $16\pm 70,1$; $p=0,000$). O tempo após o diagnóstico até o tratamento (IIB) variou de 2 a 290 dias (Mediana $48,05\pm 48,9$; $p=0,000$). O período IB para mulheres atendidas na referência, foi observado que um tempo superior a 30 dias para a realização da biópsia ocorreu no atendimento a 28 (30,4%) das pacientes. Quanto ao tempo IIB, o tratamento com tempo superior a 60 dias ocorreu em 34 (36,9%) das mulheres.

Tabela 2. Distribuição dos tempos IA, IB, IIA e IIB das pacientes com tratamento cirúrgico. Fortaleza, CE, 2022.

Variáveis		%	Mediana/DP
Tempo entre biópsia e 1º consulta (IA)			28±40,81
<30 dias	28	58,3	
31 a 60 dias	10	20,8	
61 a 90 dias	3	6,3	
> 90 dias	7	14,6	
Tempo entre 1º consulta e biópsia (IB)			16±70,08
<30 dias	64	69,6	
31 a 60 dias	17	18,5	
61 a 90 dias	5	5,4	
> 90 dias	6	6,5	
Tempo entre biópsia e tratamento (IIA)			71±51,80
<30 dias	5	10,4	
31 a 60 dias	10	20,8	
61 a 90 dias	16	33,3	
> 90 dias	17	35,4	
Tempo entre biópsia e tratamento (IIB)			48,5±48,93
<30 dias	28	30,4	
31 a 60 dias	30	32,6	
61 a 90 dias	21	22,8	
> 90 dias	13	14,1	

Legenda: IA- Tempo entre o diagnóstico por biópsia (fora do ambulatório) e a 1º consulta no ambulatório de mastologia. IIA- Tempo para o início do tratamento das pacientes com diagnóstico fora do ambulatório. IB- Tempo entre a 1º consulta na mastologia de pacientes sem diagnóstico e o diagnóstico por biópsia na referência. IIB – Tempo para o início do tratamento das pacientes diagnosticadas por biópsia no ambulatório de mastologia.

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 3. Associação entre o tempo de diagnóstico por biópsia até 1º consulta das pacientes com tratamento cirúrgico. Fortaleza, CE, 2022.

Variável	Tempo IA – Da biópsia até 1º consulta (Paciente externo à instituição de referência)			OR	Valor p
	Geral n (%)	<60 dias n (%)	>60 dias n (%)		
Idade ao diagnóstico (n=48)					0,022
<50	23 (47,9)	18 (37,5)	5 (10,4)	-	
50 – 69	20 (41,7)	16 (33,3)	4 (8,3)		
> 70	5 (10,4)	4 (8,3)	1 (2,1)		
Origem da paciente				0,61 (0,15-2,60)	0,703
Capital	15 (31,3)	11 (22,9)	4 (8,3)		
Interior/Outros	33 (68,8)	27 (56,3)	6 (12,5)		
Anos de estudo 9x9				0,38 (0,08-1,69)	0,258
<9	17 (37,0)	12 (26,1)	5 (10,9)		
≥9	29 (63,0)	25 (54,3)	4 (8,7)		
Situação conjugal				0,61 (0,11-3,36)	0,706
Sem companheiro	13 (27,1)	11 (22,9)	2 (4,2)		
Com companheiro	35 (72,9)	27 (56,3)	8 (16,7)		
Fonte de renda				0,84 (0,19-3,65)	0,821
Sim	24 (52,2)	19 (41,3)	5 (10,9)		
Não	22 (47,8)	18 (39,1)	4 (8,7)		
Tipo de tumor				-	0,233
CDI	31 (64,6)	23 (47,9)	8 (16,7)		
CDIS	5 (10,4)	5 (10,4)	0 (0,0)		
Outros	12 (25,0)	10 (20,8)	2 (4,2)		

Legenda: IA- Tempo entre o diagnóstico por biópsia (fora do ambulatório) e a 1º consulta no ambulatório de mastologia. CDI – Carcinoma Ductal Invasivo; CDIS – Carcinoma Ductal In Situ

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 4. Associação entre o tempo de 1º consulta até diagnóstico por biópsia das pacientes com tratamento cirúrgico. Fortaleza, CE, 2022.

Variável	Tempo IB – Da 1º consulta até biópsia				OR	Valor p
	Geral n (%)	<60 dias n (%)	>60 dias n (%)	Pacientes internos (da referência)		
Idade						0,450
ao						
diagnóstico						
<50	30 (32,6)	28 (30,4)	2 (2,2)			
50 - 69	47 (51,1)	43 (46,7)	4 (4,3)			
> 70	15 (16,3)	10 (10,9)	5 (5,4)			
Origem						0,200
da						
paciente					0,33 (0,06-1,64)	
Capital	57 (62,6)	48 (52,7)	9 (9,9)			
Interior/Outros	34 (37,4)	32 (35,2)	2 (2,2)			
Anos de estudo					1,42 (0,37-5,45)	0,741
9x9						
<9	40 (47,6)	36 (42,9)	4 (4,8)			
≥9	44 (52,4)	38 (45,2)	6 (7,1)			
Situação conjugal					2,88 (0,75-11,12)	0,164
Sem companheiro	33 (37,1)	27 (30,3)	6 (6,7)			
Com companheiro	56 (62,9)	52 (58,4)	4 (4,5)			
Fonte de renda					1,53 (0,41-5,68)	0,748
Sim	40 (45,5)	36 (40,9)	4 (4,5)			
Não	48 (54,4)	41 (46,6)	7 (8,0)			
Tipo de tumor						0,724
CDI	51 (55,4)	44 (47,8)	7 (7,6)			
CDIS	16 (17,4)	15 (16,3)	1 (1,1)			
Outros	25 (27,2)	3 (3,3)	3 (3,3)			

Legenda: IB- Tempo entre a 1º consulta na mastologia de pacientes sem diagnóstico e o diagnóstico por biópsia na referência. CDI – Carcinoma Ductal Invasivo; CDIS – Carcinoma Ductal In Situ

Fonte: elaborada pela autora

Nota-se que as pacientes referenciadas com biópsia ao ambulatório eram principalmente mulheres do interior (n=33; 68,8%), com escolaridade superior a 9 anos (n=29; 63,0%), com companheiro (n=35; 72,9%), com fonte de renda (n=24; 52,2%) e tipo histológico de tumor CDI (n=31,64,6).

As pacientes que receberam o atendimento inicial no ambulatório, eram majoritariamente da capital (n=57; 62,6%) e sem fonte de renda (n= 48; 54,4%), porém apresentaram características semelhantes as pacientes referenciadas, com escolaridade superior a 9 anos (n=44; 52,4%), com companheiro (n=56; 62,9%) e tipo histológico de tumor CDI (n=51; 55,4%).

Também foram realizadas associações entre os tempos de diagnóstico por biópsia e o primeiro tratamento implementado (considerando a neoadjuvância como primeiro tratamento também) com as variáveis sociodemográficas, o tipo de tumor, tratamento neoadjuvante, tipo de cirurgia e técnica oncolástica que podem ser visualizadas na tabela 5.

Foram evidenciadas associações entre o tempo IIA e a escolaridade (p=0,026; OR: 0,16; IC= 0,03-0,85), em que mulheres que chegaram referenciadas com diagnóstico por biópsia e o maior nível educacional (≥ 9 anos) tiveram 84% menor chance no tempo para tratamento tardio, configurando este fator como protetor. Nota-se que para este público, houve menos utilização da neoadjuvância (n=31; 64,6%).

Para o tempo IIB, o período após o diagnóstico por biópsia realizado pelo ambulatório até o tratamento esteve associado ao tipo de tumor (p=0,019) e a neoadjuvância (p=0,000). O que indica que as pacientes que realizaram o tratamento neoadjuvante, tiveram 4,91 vezes mais chances de receber o tratamento no menor período de tempo.

Tabela 5. Associação entre o tempo de diagnóstico por biópsia até o primeiro tratamento das pacientes com tratamento cirúrgico. Fortaleza, CE, 2022.

Variável	Tempo para tratamento IIA (paciente externo)					Tempo para tratamento IIB (paciente interno)				
	Geral	<60 dias	> 60 dias	OR	Valor p	Geral	<60 dias	> 60 dias	OR	Valor p
Idade ao diagnóstico					0,229					0,128
<50	23 (47,9)	9 (18,8)	14 (29,2)			30 (32,6)	23 (25,0)	7 (7,6)		
50 – 69	20 (41,7)	6 (12,5)	14 (29,2)			47 (51,1)	26 (28,3)	21 (22,8)		
> 70	5 (10,4)	0 (0,0)	5 (10,4)			15 (16,3)	8 (8,7)	7 (7,6)		
Origem da paciente				1,77 (0,49-6,43)	0,504				1,20 0,50-2,86	0,824
Capital	15 (31,3)	6 (12,5)	9 (18,8)			57 (62,6)	36 (39,6)	21 (23,1)		
Interior/Outros	33 (68,8)	9 (18,8)	24 (50,0)			34 (37,4)	20 (22,0)	14 (15,4)		
Anos de estudo 9x9				0,16 (0,03-0,85)	0,026				1,15 (0,48-2,77)	0,749
<9	17 (37,0)	2 (4,3)	15 (32,6)			40 (47,6)	25 (29,8)	15 (17,9)		
>9	29 (63,0)	13 (28,3)	16 (34,8)			44 (52,4)	26 (31,0)	18 (21,4)		
Companheiro				1,03 0,26-4,08	0,965				0,82 0,33-1,99	0,661
Sim	35 (72,9)	11 (22,9)	24 (50,0)			56 (62,9)	33 (37,1)	23 (25,8)		
Não	13 (27,1)	4 (8,3)	9 (18,8)			33 (37,1)	21 (23,6)	12 (13,5)		

Legenda: IIA Tempo para o início do tratamento das pacientes com diagnóstico fora do ambulatório. IIB – Tempo para o início do tratamento das pacientes diagnosticadas por biópsia no ambulatório de mastologia.

Fonte: elaborado pela autor

Tabela 5. Associação entre o tempo de 1º consulta até diagnóstico por biópsia das pacientes com tratamento cirúrgico. Fortaleza, CE, 2022 (continuação).

Variável	Tempo para tratamento IIA (paciente externo)					Tempo para tratamento IIB (paciente interno)				
	Geral	<60 dias	> 60 dias	OR	Valor p	Geral	<60 dias	> 60 dias	OR	Valor p
Fonte de renda				0,72 0,20-2,48					0,82 0,34-1,95	0,658
Sim	24 (52,2)	7 (15,2)	17 (37,0)			40 (45,5)	24 (27,3)	16 (18,2)		
Não	22 (47,8)	8 (17,4)	14 (30,4)			48 (54,5)	31 (35,2)	17 (19,3)		
Tipo de tumor					0,193					0,019
CDI	31 (64,6)	12 (25,0)	19 (39,6)			51 (55,4)	34 (37,0)	17 (18,5)		
CDIS	5 (10,4)	0 (0,0)	5 (10,4)			16 (17,4)	5 (5,4)	11 (12,0)		
Outros	12 (25,0)	3 (6,3)	9 (18,8)			25 (27,2)	18 (19,6)	7 (7,6)		
Neoadjuvância				3,04 0,85-10,86	0,083				4,91 1,98-12,15	0,000
Sim	17 (35,4)	8 (16,7)	9 (18,8)			53 (57,6)	41 (44,6)	12 (13,0)		
Não	31 (64,6)	7 (14,6)	24 (50,0)			39 (42,4)	16 (17,4)	23 (25,0)		
Tipo de cirurgia				3,07 0,85-11,07	0,080					
Mastectomia	23 (47,9)	10 (20,8)	13 (27,1)			39 (42,4)	27 (29,3)	12 (13,0)	1,75 0,77-4,11	0,218
Quadrantectomia	25 (52,1)	5 (10,4)	20 (41,7)			53(57,6)	30 (32,6)	23 (25,0)		
Técnica oncoplástica				2,33 0,65-8,31	0,186				2,05 0,72-5,84	0,173
Sim	16 (33,3)	7 (14,6)	9 (18,8)			23 (25,0)	17 (18,5)	6 (6,5)		
Não	32 (66,7)	8 (16,7)	24 (50,0)			69 (75,0)	40 (43,5)	29 (31,5)		

Legenda: IIA Tempo para o início do tratamento das pacientes com diagnóstico fora do ambulatório. IIB – Tempo para o início do tratamento das pacientes diagnosticadas por biópsia no ambulatório de mastologia. CDI – Carcinoma Ductal Invasivo; CDIS – Carcinoma Ductal In Situ.

Fonte: elaborado pela autora

6. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados apontam questões que merecem reflexão acerca da assistência em saúde as pacientes com câncer de mama. Foi verificado que a idade das pacientes esteve associada ao menor tempo entre o diagnóstico e a primeira consulta no ambulatório, além disso, mais da metade das pacientes diagnosticadas e referenciadas realizaram seus tratamentos em tempo superior a 60 dias.

O câncer é um conjunto complexo de doenças cujos prognósticos são influenciados pelo tempo de diagnóstico e intervenção. Em geral, quanto mais cedo receber tratamento de câncer, melhores serão os resultados (LEITE, RUHNKE, VALEJO; 2020). A pandemia, entretanto, apresentou diversos desafios para os serviços de saúde, a nível global, em mais de uma forma.

Primeiro, pacientes com câncer tinham que sair de suas casas para atenderem as consultas oncológicas e, assim, possivelmente se expor à infecção. Em segundo lugar, os próprios tratamentos de câncer predisporiam os pacientes aos efeitos nocivos mais graves do COVID-19. No caso dos pacientes idosos, que são o segmento da população mais vulnerável, em grande parte devido aos seus sistemas imunológicos mais fracos e maior probabilidade de ter uma condição crônica, estiveram em isolamento social durante a pandemia, com a finalidade de evitar a exposição ao vírus (WU, et al 2020). Fato que justificaria o maior acesso das pacientes mais jovens de nossa pesquisa em que houve maior cautela por parte das pacientes idosas em procurar os serviços de saúde.

No que concerne ao tempo de tratamento, no Brasil, em consonância com as políticas públicas no direito dos pacientes oncológicos, entrou em vigor em 2012 a Lei nº 12.732 de 22 de novembro que estabelece o direito de pacientes com câncer, iniciar o tratamento, seja ele quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico em até sessenta dias a partir do laudo patológico assinado diagnosticando a doença.

Nos Estados Unidos, foi observado em pesquisa realizada que a cada 60 dias de atraso esteve associado a um aumento de 26% no risco de morte por câncer de mama, em pacientes com câncer de mama invasivo não metastático (BLEICHER et al. 2016)

No Brasil, estudo realizado em unidades oncológicas de Belo Horizonte, Minas Gerais, observou que 54,3% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama apresentaram intervalo de

até 60 dias entre o diagnóstico e o início de tratamento (CABRAL et al. 2020). Dados que corroboram com os encontrados na presente pesquisa.

Na ocorrência de um grande evento como a pandemia atual, a necessidade de triagem aumentou consideravelmente, em que pacientes oncológicos eram priorizados conforme o tipo de tumor e a agressividade biológica. A reorganização maciça dos estabelecimentos de saúde reduziu a acessibilidade aos hospitais, especificamente as salas de cirurgia, para pacientes não infectados (GASPARRI et al. 2020).

Estudo de coorte realizado em um centro de imagem no estado de São Paulo verificou redução no número de exames de mama nos primeiros 90 dias de pandemia comparados ao ano anterior. Conforme o decorrer do período, esta redução foi compensada parcialmente em um segundo período (TACHIBANA, et al. 2021). No presente estudo, pouco mais da metade das pacientes apresentaram exame de imagem na primeira consulta ambulatorial, o que também pode ser reflexo do menor quantitativo de exames de imagem disponibilizados no período.

As recomendações publicadas em diversos países indicavam que os pacientes que recebem terapia curativa contra o câncer continuassem seu tratamento, apesar do risco potencial de infecção pelo COVID-19 durante a terapia anticancerígena. Retardar o tratamento da doença metastática resultaria em deterioração do estado de desempenho, internação por palição de sintomas e doença progressiva (UEDA et al. 2020).

O intervalo de tempo entre diagnóstico por biópsia e tratamento variou com medianas de 48 e 71 dias. Resultados inferiores aos encontrados em estudo realizado em Recife em que a média de espera foi de 95 dias (BEZERRA et al. 2019) e no Piauí, com tempo de espera médio de 275,1 dias (SOUSA et al. 2019). Por outro lado, pesquisa realizada no Vale do Cariri (Ceará), ao comparar o tempo de espera entre instituições públicas e privadas, encontrou tempo médio de 71,5 e 39 dias respectivamente (FERREIRA et al. 2017), dados semelhantes aos encontrados.

Conforme estudo publicado por Kumar & Dey (2020), dentre os fatores relacionados aos pacientes que podem estar associados aos atrasos no tratamento durante a pandemia do COVID-19, podem ser citados: a inconveniência de viagem devido ao lockdown, pacientes vindos de lugares distantes para tratamento e questões financeiras. A contenção social e as restrições de viagem durante a pandemia, impõem dificuldades para que os pacientes compareçam ao hospital para tratamento.

O uso dos serviços de saúde é resultado da interação de diversos fatores que abrangem características socioeconômicas, acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços e profissionais, aceitabilidade, necessidades de saúde, entre outros.

O maior nível educacional esteve associado ao menor tempo para tratamento das pacientes, semelhante ao encontrado na pesquisa realizada por Melchior et al. (2020) em que o nível de ensino superior foi associado a um menor tempo de iniciação da terapêutica do câncer de mama (MELCHIOR et al. 2020). A educação está associada à função cognitiva e à alfabetização em saúde, o que pode afetar comportamentos em busca de saúde. Pacientes com maior escolaridade podem ter maior conscientização e acesso aos cuidados de saúde, buscando assim um tratamento médico mais precoce (MATHEW et al. 2019).

O cenário prioritário para a entrega de terapias oncológicas no contexto de uma pandemia é fortemente influenciado tanto pela magnitude do benefício potencial do tratamento quanto pela intenção terapêutica (HANNA, EVANS, BOOTH; 2020). O que pode ser observado em nossa pesquisa visto o manejo dos pacientes em decorrência do avanço da doença. A prontidão do ambulatório em encaminhar ao tratamento as pacientes para evitar estágios mais avançados da doença.

O carcinoma ductal infiltrante é um dos diagnósticos mais comuns no câncer de mama, sendo também um dos tipos histológicos mais comuns encontrados em estágios avançados da doença. Como esse tumor é altamente agressivo, não é surpresa que esteja associado com menor atraso no tratamento em comparação com outros tipos histológicos, como também foi relatado em estudos anteriores (PADILLA-RUIZ, 2021).

Com as circunstâncias sem precedentes da pandemia COVID-19 em que há potencial escassez de equipamentos de ventilação e pessoal de UTI, os órgãos profissionais recomendaram opções terapêuticas alternativas como um imperativo de curto prazo. Uma tendência de ampliação das indicações para a terapia sistêmica primária ficou evidente com o aumento da gravidade da pandemia e a pressão sobre os serviços de emergência (ROCCO et al. 2021). Fato evidenciado no presente estudo pelo considerável quantitativo de mulheres submetidas a terapia neoadjuvante.

A terapia neoadjuvante com quimioterapia é frequentemente utilizada com vista a proporcionar maior eficiência no tratamento. Uma indicação razoável e clara para a quimioterapia neoadjuvante é a necessidade de reduzir o tamanho do tumor em um esforço para fornecer a conservação das mamas como opção (CHATTERJEE, ERBAN. 2017; MELCHIOR et al. 2020).

Evitar a mastectomia e poder realizar cirurgias de conservação da mama proporciona o benefício de menos cirurgia, recuperação mais rápida e menos complicações pós-operatórias (PYFER et al. 2016)

Um segundo benefício da quimioterapia neoadjuvante do ponto de vista cirúrgico é sua capacidade de facilitar a ressecção cirúrgica completa, especialmente quando o câncer de mama se apresenta de forma ampla e volumosa. Permite que o cirurgião possa remover com segurança o câncer da região da mama e da axila, o que proporciona uma clara vantagem em possíveis complicações cirúrgicas pós-operatórias (CHATTERJEE, ERBAN. 2017).

Os médicos do serviço de mastologia do presente estudo trabalharam em estreita colaboração com a oncologia médica para garantir que a terapia neoadjuvante fosse prontamente dada, se necessário, e que as cirurgias ocorressem de modo eficiente para tratar os casos mais urgentes primeiro, semelhante ao encontrado em outros estudos (CADILI et al. 2020; HANNA, EVANS, BOOTH; 2020).

As diversas especialidades atuam de maneira articulada e colaborativa com a finalidade de prestar uma assistência que compreenda todas as necessidades de saúde do mesmo indivíduo. A integralidade (componente central no modelo de atenção à saúde) é guiada pelas diretrizes constitucionais do SUS. A produção de saúde interrelaciona-se desde a atenção básica de saúde ao serviço de alta complexidade fornecendo uma assistência integral, humanizada e resolutiva (MEDEIROS et al., 2016)

Embora não tenha sido praticada no ambulatório de nosso estudo, vale destacar o uso da Telemedicina nos cuidados aos pacientes oncológicos. A tele-oncologia demonstrou eficácia semelhante ao atendimento presencial a custos mais baixos e tem altos níveis de satisfação em pacientes e profissionais de saúde, além de facilitar o manejo do câncer, fornecendo supervisão remota de quimioterapia, gerenciamento de sintomas e cuidados paliativos, bem como apoio psicológico (SIRINTRAPUN; LOPES, 2018).

7. CONCLUSÃO

Conforme os objetivos propostos, verificou-se que, conforme a legislação brasileira, o seguimento do tratamento cirúrgico das pacientes com diagnóstico por biópsia realizado pelo ambulatório de mastologia esteve predominantemente adequado, realizado em um período menor

que 60 dias. Entretanto, para as pacientes encaminhadas com diagnóstico por biópsia fora da referência, este período esteve superior a 60 dias na maioria das mulheres.

O tempo entre a biópsia diagnóstica e a primeira consulta no ambulatório durante a pandemia da COVID-19 foi predominantemente menor que 30 dias. Para as pacientes sem diagnóstico definido, o tempo entre 1º consulta e diagnóstico por biópsia também foi, em sua maioria, menor que 30 dias.

Dos fatores clínicos e sociodemográficos associados ao início das consultas, a idade esteve associada ao menor tempo entre biópsia e 1º consulta ($p=0,022$). A escolaridade maior que 9 anos de estudo esteve associada ($p=0,026$) ao menor tempo para tratamento das pacientes com diagnóstico externo a instituição, com 84% menor prevalência no tempo para tratamento. Nas pacientes com diagnóstico na referência, o tipo de tumor ($p=0,019$) e a utilização de Neoadjuvância ($p=0,000$) estiveram associados ao menor tempo para tratamento.

Enquanto limitações do estudo, destacam-se a falta de dados não encontrados nos prontuários, falhas no preenchimento. O que emerge do presente trabalho serve de alerta para o serviço do ambulatório e direciona a prática clínica ao apontar as lacunas que geralmente não são possíveis de se visualizar no dia-a-dia do contexto de trabalho.

Os serviços de saúde devem então focar em ações de rastreamento da população idosa com vista a aumentar a adesão ao tratamento. Medidas mais efetivas devem ser tomadas com a finalidade de garantir o acesso ágil das pacientes encaminhadas de outros serviços. Sugere-se que novos estudos busquem investigar o impacto da pandemia em outros locais de atenção oncológica e que possam evidenciar as lacunas na atenção a saúde das pacientes com câncer de mama.

8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE N.L.S.; LIMA F.S.S.; RAMOS S.L.T.C.; SOARES P.R.A.L.; LOPES M.M.C.O. An overview of 30 days of confirmed COVID-19 cases in the state of Ceará. *Rev Rene*. V. 21, p. e43812. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143812>

ALIPOUR S.; MOINI A.; OROUJI M.; SABERI A.; MOTAMEDI M.; ESKANDARI A. COVID-19 Outbreak and Consequent Delays in Schedules of the Breast Clinic: Effects on Patients' Breast and Emotional Symptoms. *Eur J Breast Health*. v. 16, n. 4, p. 250-54. 2020. DOI: [10.5152/ejbh.2020.5903](https://doi.org/10.5152/ejbh.2020.5903)

BERGER F, DOUSSAU A, GAUTIER C, GROS F, ASSELAIN B, REYAL F. Impact du statut socioéconomique sur la gravité du diagnostic initial de cancer du sein. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. v.60, n.1, p. 19-29, 2016.

BLEICHER R. J.; RUTH K.; SIGURDSON E. R.; BECK J. R.; ROSS, E.; WONG, Y. N. Time to Surgery and Breast Cancer Survival in the United States. *JAMA oncology*, 2(3), 330–339, 2016. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.4508>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. As cartas de promoção da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

CABRAL A. L. L. V.; GIATTI L.; CASALE C.; CHERCHIGLIA M. L. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. *Ciênc.saúde coletiva*. v.24, n.2, p.613-622. 2019.

CABRAL, A. L. L.V.; GIATTI, L.; CASALE C.; CHERCHIGLIA, M. L. Social vulnerability and breast cancer: differentials in the interval between diagnosis and treatment of women with different sociodemographic profiles. *Cien Saude Colet*, v.24, n. 2, p. 613-622, 2020.

CADILLI L.; DEGIOLAMO K.; MCKEVITT E.; BROWN CJ.; PRABHAKAR C.; PAO J.; et al. COVID-19 and breast cancer at a Regional Breast Centre: our flexible approach during the pandemic. *Breast Cancer Res Treat.* v. 189, p. 519-525. 2020. DOI: 10.1007/s10549-020-06008-3

CAMPOS M.O.; NETO J.F.R. Qualidade de Vida: um instrumento para Promoção de Saúde. *Rev. Baiana de Saúde Pública.* v. 32, n.2, mai/ago, p.232-240. 2008. Disponível em: <http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumentopromocao-saude.pdf>

CHAN J. J.; SIM Y.; OW S.; LIM J.; KUSUMAWIDJAJA, G.; et al. The impact of COVID-19 on and recommendations for breast cancer care: the Singapore experience. *Endocrine-related cancer*, v.27, n.9, p. R307–R327, 2020. DOI: 10.1530/ERC-20-0157

CHATTERJEE, A.; ERBAN, J. K. Neoadjuvant therapy for treatment of breast cancer: the way forward, or simply a convenient option for patients?. *Gland surgery*, v. 6, n.1, 119–124, 2017. DOI: 10.21037/g.s.2016.08.07

CHEN N.; ZHOU M.; DONG X.; QU J.; GONG F.; HAN Y., et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *LANCET.* v. 395, p. 507-13. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)

COUTO M.S.A.; GUERRA M.R.; FIRME V.A.C; BUSTAMANTE-TEIXEIRA M.T. Comportamento da mortalidade por câncer de mama nos municípios brasileiros e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica.* v. 41, e168, 2017. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.168>

DIETZ, J. R., MORAN, M. S., ISAKOFF, S. J., KURTZMAN, S. H., WILLEY, S. C., BURSTEIN, H. J. et al. Recommendations for prioritization, treatment, and triage of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. the COVID-19 pandemic breast cancer consortium. *Breast cancer research and treatment*, v. 181, n.3, p.487–497. DOI: 10.1007/s10549-020-05644-z

EBSERH. Relatórios Institucionais. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/relatorio-de-gestao%20est%C3%A3o%20-%20EBSERH>>

FANCELLU A.; SANNA V.; RUBINO C.; ARIU ML.; PIREDDA C.; PIANA GQ.; et al. The COVID-19 Outbreak May Be Associated to a Reduced Level of Care for Breast Cancer. A Comparative Study with the Pre-COVID Era in an Italian Breast Unit. *Healthcare*. v. 8, n. 4. 2020. DOI: 10.3390/healthcare8040474

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manejo cirúrgico de patologia mamária durante a pandemia do COVID-19. Acesso em 01 de setembro 2020. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/en/covid19/item/1013-manejo-cirurgico-de-patologia-mamaria-durante-a-pandemia-do-covid19>

FENNESSY M.; BATES T.; MACRAE K.; RILEY D, HOUGHTON J.; BAUM M. Late follow-up of a randomized trial of surgery plus tamoxifen versus tamoxifen alone in women aged over 70 years with operable breast cancer. *Br J Surg*. v.191, n.6, p.699–704, 2004.

FERREIRA NAS, CARVALHO SMF, VALENTI VE, BEZERRA IMP, BATISTA HMT ABREU LC, ADAMI F, MATOS LL. Treatment delay among women with breast cancer in a low socioeconomic status region in Brazil. *BMC Women’s Health*, v.17, p. 1, 2017.

FILIFE M.D.; DEUKEREN D.; KIP M.; DOEKSEN A.; PRONK A.; VERHEIJEN PM.; et al. Effect of the COVID-19 Pandemic on Surgical Breast Cancer Care in the Netherlands: A Multicenter Retrospective Cohort Study. *Clinical Breast Cancer*. v. 20, n. 6, p. 454-461. Dez 2020. DOI: 10.5152/ejbh.2020.5903

FIREMAN K.M.; MACEDO F.O.; TORRES D.M.; FERREIRA F.O.; LOU M.B.A. Percepção das mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia. *Rev. Bras. Cancerol*. v.64, n.4, p.499-508. 2018. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.198

FREITAS A.R.R.; NAPIMOGA M.; DONALISIO M.R. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, v.29, n.2, p.e2020119, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200008

GASPARRI M. L.; GENTILINI O. D.; LUEFTNER D.; KUEHN T.; KAIDAR-PERSON O.; POORTMANS P. Changes in breast cancer management during the Corona Virus Disease 19 pandemic: An international survey of the European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists (EUBREAST). *Breast (Edinburgh, Scotland)*, v. 52, p. 110–115, 2020. DOI: 10.1016/j.breast.2020.05.006

HANNA T.P.; EVANS, G.A., BOOTH, C.M. Cancer, COVID-19 and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic. *Nat Rev Clin Oncol*. v. 17, p. 268–270. 2020. DOI: 10.1038/s41571-020-0362-6

HOWLADER N.; CRONIN K.A.; KURIAN A.W.; ANDRIDGE R. Differences in Breast Cancer Survival by Molecular Subtypes in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; v.27, n.6, june, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0627>

HUANG C.; WANG Y.; LI X.; REN L.; ZHAO J.; HU Y.; et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. v.395, p.497–506. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) Atlas da mortalidade. [site] Brasil. 2020b. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 27/06/2020

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) Conceito e Magnitude do câncer de mama [site]. 2020c. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude#:~:text=palp%C3%A1veis%20na%20axila.,Magnitude,por%20c%C3%A2ncer%20e%20mulheres%201>>. Acesso em 27/06/2020

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). A Situação do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <
https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2020: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2020a. Disponível em: <
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>.

KOCH C.A.; LEE G.; LIU Z.A.; LIU F.; FYLES A.; HAN K.; et al. Rapid Adaptation of Breast Radiation Therapy Use During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic at a Large Academic Cancer Center in Canada. *Adv Radiat Oncol.* v.5, n. 4, p. 749-756. 2020. doi: 10.1016/j.adro.2020.06.002

KUMAR D, DEY T. Treatment delays in oncology patients during COVID-19 pandemic: A perspective. *J Glob Health.* v.10, n.1, p. 010367. 2020. doi: 10.7189/jogh.10.010367. PMID: 32566158; PMCID: PMC7296208.

LEE J.; JUNG J.H.; KIM C.S.; PARK H.Y. Patterns of Delaying Surgery for Breast Cancer During the COVID-19 Outbreak in Daegu, South Korea. *Front Surg.* v.7, p. 576196. 2020. doi: 10.3389/fsurg.2020.576196

LI J.; WANG H.; GENG C.; LIU Z.; LIN Y.; NÜE J.; et al. Suboptimal declines and delays in early breast cancer treatment after COVID-19 quarantine restrictions in China: A national survey of 8397 patients in the first quarter of 2020. *EClinical Med.* v. 26, n. 100503. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100503>

LOPES M.S.V.; SARAIVA K.R.O.; FERNANDES A.F.C.; XIMENES L.B. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* v.19, n.3, p.461-8. Jul-Set 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300007>

LU H.; STRATTON C.W.; TANG Y.W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *J Med Virol.* v.92, p.401–402. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>

MAKUBATE B.; DONNAN P.; DEWAR J. *et al.* Cohort study of adherence to adjuvant endocrine therapy, breast cancer recurrence and mortality. *Br J Cancer.* v.108, p.1515–1524, 2013. DOI: [10.1038/bjc.2013.116](https://doi.org/10.1038/bjc.2013.116)

MATHEW, A., GEORGE, P. S., RAMADAS, K., MATHEW, B. S., KUMAR, A., ROSHNI, S., et al. Sociodemographic Factors and Stage of Cancer at Diagnosis: A Population-Based Study in South India. *Journal of global oncology*, v. 5, n.1–10, 2019. DOI: 10.1200/JGO.18.00160

MEDEIROS, A.C. et al. Abrangência e humanização da gestão da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 50, n. 5, p. 816-822. 2016.

MELCHIOR N.M.; SACHS D.B.; GAUVIN G.; CHANG C.; WANG C.E.; SIGURDSON E.R.; et al. Treatment times in breast cancer patients receiving neoadjuvant vs adjuvant chemotherapy: Is efficiency a benefit of preoperative chemotherapy?. *Cancer medicine*, v.9, n.8, p.2742–2751. DOI: 10.1002/cam4.2912

MILLER K.D.; NOGUEIRA L.; MARIOTTO A.B.; ROWLAND J.H.; YABROFF R.; ALFANO C.M. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA Cancer J Clin.* v.69, issue 5. June, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21565>

MONTEIRO SO. Atrasos no tratamento do câncer de mama: fatores associados em uma coorte de mulheres admitidas em um centro de referência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. [Dissertação] Programa de Pós Graduação em Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20618/2/ve_Sergio_de_Oliveira_ENSP_2016.pdf

ONCOGUIA. Pandemia de Covid-19 adia tratamentos de câncer no Brasil. 2020. Acesso em 01 de setembro 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/pandemia-de-covid19-adia-tratamentos-de-cancer-no-brasil/13689/42/>

OPAS/OMS. Organização Panamericana De Saúde/Organização Mundial de Saúde. Folha informativa – Câncer. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094. Acesso em 27/06/2020

PADILLA-RUIZ M.; ZARCOS-PEDRINACI I.; RIVAS-RUIZ F.; TÉLLEZ T.; GARCÍA-GUTIÉRREZ S.; GONZÁLEZ N et al. Fatores que influenciam o tratamento de pacientes com câncer de mama. *Ann Surg Oncol*. v.28, n.7, p.3714-3721, Jul 2021. doi: 10.1245/s10434-020-09409-2.

PAPAUTSKY E.L.; HAMLISH T. Patient-reported treatment delays in breast cancer care during the COVID-19 pandemic. *Breast Cancer Res Treat*. v. 184, p. 249-254. 2020. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05828-7>

PETROVA D; PÉREZ-GÓMEZ B; POLLÁN M; SÁNCHEZ M. Implicaciones de la pandemia por COVID-19 sobre el cáncer em España. *Med Clin (Barc)*. V.8, issue S0025-7753, n. 20, p.30261-X May 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.011>

PICON-RUIZ M.; MORATA-TARIFA C.; VALLE-GOFFIN J.J.; FRIEDMAN E.R.; SLINGERLAND J.M. Obesity and adverse breast cancer risk and outcome: Mechanistic insights and strategies for intervention. *CA Cancer J Clin*. v.67, n.5, p.378-97. 2017. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21405>

PITANGA F.J.G.P.; BECK C.C.; PITANGA C.P.S. Atividade Física e Redução do Comportamento Sedentário durante a Pandemia do Coronavírus *Arq Bras Cardiol*. 2020; [online].ahead print, PP.0-0 DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.2020023>

PYFER B.; CHATTERJEE A.; CHEN L.; NIGRINY J.; CZERNIECKI B.; TCHOU J.; et al.. Early Postoperative Outcomes in Breast Conservation Surgery Versus Simple Mastectomy with Implant Reconstruction: A NSQIP Analysis of 11,645 Patients. *Annals of surgical oncology*, v. 23, n. 1, p. 92–98, 2016. DOI: 10.1245/s10434-015-4770-2

ROCCO, N., MONTAGNA, G., DI MICCO, R., BENSON, J., CRISCITIELLO, C., CHEN, L.; et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Surgical Management of Breast Cancer: Global Trends and Future Perspectives. *The oncologist*, v.26, n.1, e66–e77, 2021. DOI: 10.1002/onco.13560

SÁNCHEZ J.M.B.; PICADO A.L.; CRESPO M.E.O.; SÁEZ J.A.G.; MERLO M.R.P.; MUELA M.H. Breast Cancer Management During COVID-19 Pandemic in Madrid: Surgical Strategy. *Clin Breast Cancer*. v.24, S1526-8209(20)30265-2. Out. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2020.10.006>

SHINAN-ALTMAN S.; LEVKOVICH I.; TAVORI G. Healthcare utilization among breast cancer patients during the COVID-19 outbreak. *Palliative and Supportive Care*. v.18, n.4, p. 385-391. 2020. DOI: 10.1017/S1478951520000516

SIFUENTES-RODRÍGUEZ E.; PALACIOS-REYES D. COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. *Bol Med Hosp Infant Mex*. v.77, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.24875/BMHIM.20000039>

SILVA A.H.L. Estimativa de proporções em questões politômicas. *Revista do TCU*. N. 125, 2012. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/104>.

SIRINTRAPUN, S. J.; LOPEZ, A. M. Telemedicine in Cancer Care. *American Society of Clinical Oncology educational book*. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting, v.38, p. 540–545, 2018. DOI: 10.1200/EDBK_200141

TACHIBANA B.M.; RIBEIRO R.L.; FEDERICCI E.E.; FERES R.; LUPINACCI F.A.; YONEKURA I, et al. O atraso no diagnóstico do câncer de mama durante a pandemia da COVID-19 em São Paulo, Brasil. *einstein* (São Paulo). v.19, p. eAO6721, 2021.

UEDA M.; MARTINS R.; HENDRIE P. C.; MCDONNELL T.; CREWS J. R.; WONG, T. L.; et al. Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*, 1–4. Advance online publication Doi: 10.6004/jnccn.2020.7560

VANNI G.; MATERAZZO M.; PELLICCIARO M.; INGALLIELLA S.; RHO M.; SANTORI F. et al. Breast Cancer and COVID-19: The Effect of Fear on Patients' Decision-making Process. *In Vivo*. v. 34, n. 3 (suppl), p. 1651-59. 2020a. <https://doi.org/10.21873/invivo.11957>

VANNI G.; PELLICCIARO M.; MATERAZZO M.; DAURI M.; D'ANGELILLO R.M.; BUONOMO C.; et al. Awake breast cancer surgery: strategy in the beginning of COVID-19 emergency. *Breast Cancer*. n. 28, p. 137-144. 2020b. <https://doi.org/10.1007/s12282-020-01137-5>

VILLAR R.R.; FERNÁNDEZ S.P.; GAREA C.C.; PILLADO M.T.S.; BARREIRO V.B.; MARTÍN C.G. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v.25, e2958, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>.

WARD, W.H., DEMORA, L., HANDORF, E. et al. Preoperative Delays in the Treatment of DCIS and the Associated Incidence of Invasive Breast Cancer. *Ann Surg Oncol*, v.27, p.386–396, 2020. DOI: 10.1245/s10434-019-07844-4

WCRF/AICR. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. Disponível em: dietandcancerreport.org

WON H.S.; SUN D.S.; CHOI J.Y.; AN H.J.; KO Y.H. Factors associated with treatment interruption in elderly patients with cancer. *Korean J Intern Med.* v.34, p.156-164. 2019 <https://doi.org/10.3904/kjim.2016.318>

WU B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Glob Health Res Policy.* v.5, n.5, p.27, 2020 Jun. doi: 10.1186/s41256-020-00154-3. PMID: 32514427; PMCID: PMC7272234.

YIN K.; SINGH P.; DROHAN B.; HUGHES KS. Breast imaging, breast surgery, and cancer genetics in the age of COVID-19. *Cancer.* v.126, n.20, p. 4466-4472. 2020. doi: 10.1002/cncr.33113

ZAROCOSTAS J. What next for the coronavirus response? *Lancet.* v.395, p.401. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)3029](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)3029)

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NO SEGUIMENTO ADEQUADO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MULHERES COM CÂNCER DE

Pesquisador: Régia Christina Moura Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48485021.1.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.825.113

Apresentação do Projeto:

"O câncer de mama é uma doença multifatorial que atinge principalmente o público feminino e que vem apresentando aumento nos índices de incidência e de mortalidade. A identificação e o tratamento precoce são importantes elementos para a sobrevida e qualidade de vida das pacientes. Durante a pandemia da COVID-19 muitos serviços foram afetados, incluindo os serviços oncológicos, havendo restrições e diminuição do fluxo de pacientes. Conforme a legislação brasileira, o tratamento aos pacientes com câncer deve ser iniciado de modo precoce em até 60 dias. Desse modo, objetivou-se avaliar os efeitos da pandemia da COVID 19 no seguimento adequado do tratamento cirúrgico das mulheres com câncer de mama. Estudo de coorte retrospectiva, longitudinal, correlacional, a ser realizado em ambulatório de mastologia de referência da rede pública da cidade de Fortaleza – Ceará, Brasil. A pesquisa envolverá a coleta de dados de mulheres atendidas no ambulatório de mastologia no período de junho de 2020 a julho de 2021 com diagnóstico para câncer de mama. Serão reunidos dados sociodemográficos, clínico-laboratoriais e as razões para adiar e/ou não comparecer às consultas para continuidade do tratamento. Será realizada a análise estatística descritiva, com cruzamento entre variáveis para verificar as associações entre variáveis preditoras e de desfecho e aplicação de regressão logística para avaliar as razões de chance para atraso no tratamento." Copiado de PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1763300.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



Continuação do Parecer: 4.825.113

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os efeitos da pandemia da COVID 19 no seguimento adequado do tratamento cirúrgico das mulheres com câncer de mama.

Copiado de PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1763300.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como riscos da pesquisa realizada pelo telefone têm-se a possibilidade de queda de conexão da ligação durante a entrevista, má qualidade da ligação com possibilidade de dificuldade no entendimento das perguntas por parte da participante e dificuldade de entendimento das respostas da pesquisadora. Nestes casos, será repetido a questão a participante e/ou reafirmado verbalmente a resposta até o pleno entendimento do que está sendo informado. Acrescenta-se ainda o risco relacionado a reviver por meio de lembranças, momentos de enfrentamentos relacionados às doenças COVID 19 e/ou Câncer de mama que não gostaria de recordar. A participante será informada que ela poderá desistir no momento que assim desejar.

Benefícios:

O estudo servirá de base para melhor assistência das pacientes no ambulatório de mastologia não só do atual serviço mas de outros, bem como de acréscimo para o conhecimento científico no que concerne aos impactos da pandemia no tratamento oncológico.

Copiado de PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1763300.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, para qualificação, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Promoção da Saúde Mamária

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado. Contudo, recomendo acrescentar o contato do CEP MEAC no TCLE.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

**UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC**



Continuação do Parecer: 4.825.113

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável, encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS N° 001/13, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1763300.pdf	25/06/2021 07:37:07		Aceito
Orçamento	orcamento.docx	25/06/2021 07:36:35	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.docx	25/06/2021 07:36:09	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/06/2021 07:34:00	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Outros	termodecompromissoparausodopront.pdf	25/06/2021 07:23:23	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	encaminhamento.pdf	25/06/2021 07:22:13	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuencia.pdf	25/06/2021 07:16:02	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Outros	termodefiedepositario.pdf	25/06/2021 07:14:39	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeconcordancia.pdf	25/06/2021 07:13:05	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	25/06/2021 07:12:26	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	25/06/2021 07:11:22	Régia Christina Moura Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



Continuação do Parecer: 4.825.113

FORTALEZA, 04 de Julho de 2021

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

Apêndice A – Quadro 1

Objetivo/Pergunta de Pesquisa	Quais as repercussões da pandemia do COVID-19 no tratamento das pacientes com câncer de mama?		
	Tema	Qualificador	Objeto
Extração	Tratamento do câncer	Pandemia do COVID-19	Mulheres com câncer de mama
Conversão	Cancer treatment	COVID-19	Breast cancer
Combinação	Terapia Combinada [DeCS]; Terapia Neoadjuvante [DeCS]; Neoadjuvant Therapy [MeSH]; Cancer Therapy [EMTREE]; Cancer Treatment [EMTREE]; Cancer Surgery [EMTREE]; Multimodality Cancer Therapy [EMTREE];	Epidemia por 2019-nCoV [DeCS]; COVID-19 [MeSH]; Coronavirus Disease 2019 [MeSH]; COVID-19 Pandemic [MeSH];	Neoplasias da Mama [DeCS]; Breast Neoplasm [MeSH]; Breast Tumor [MeSH, EMTREE]; Breast Cancer [MeSH, EMTREE];
Construção	("terapia combinada" OR "terapia neoadjuvante" OR "neoadjuvant therapy" OR "cancer treatment" OR "cancer therapy" OR "cancer surgery" OR "multimodality cancer therapy")	("epidemia por 2019-ncov" OR "covid-19" OR "coronavirus disease 2019" OR "covid-19 pandemic")	("neoplasias da mama" OR "breast neoplasm" OR "breast tumor" OR "breast cancer")
Uso	("terapia combinada" OR "terapia neoadjuvante" OR "neoadjuvant therapy" OR "cancer treatment" OR "cancer therapy" OR "cancer surgery" OR "multimodality cancer therapy") AND ("epidemia por 2019-ncov" OR "covid-19" OR "coronavirus disease 2019" OR "covid-19 pandemic") AND ("neoplasias da mama" OR "breast neoplasm" OR "breast tumor" OR "breast cancer")		

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados

TELEFONE: () _____

Número de prontuário AGHU: _____

Data da 1ª consulta na mastologia/MEAC: _____

Dados sociodemográficos

1. Idade ao diagnóstico: _____ atual: _____
2. Raça relatada: () Branca () Preta () Parda () Outra _____
3. Estado Civil: () solteira () casada () viúva () união consensual () divorciada
4. Escolaridade: _____ (anos de estudo)

(Analfabeto = 0 anos; Ensino fundamental = 9 anos; ensino médio = 12 anos; ensino superior completo = adicionar o número de anos do curso)

5. Procedência: () Fortaleza () Outro _____
6. Religião: () Católica () Evangélica () Outra. _____
7. Atividade remunerada: () Se sim, qual? _____ () Não
8. Renda mensal familiar: R\$ _____

História Reprodutiva

9. Idade de Menarca: _____
10. Idade da Menopausa: _____
11. Gestações _____ Paridade _____ Aborto _____

Dados de hábitos sociais

12. Consumo de álcool atual: () Sim () Não

- a. Quantos em média você costumava consumir por semana antes da pandemia?
- b. Quantos em média você costumava consumir por semana durante o período de pandemia?

13. Consumo de tabaco atual: () Sim () Não

- a. Quantos cigarros em média você costumava fumar por dia antes da pandemia?
- b. Quantos cigarros em média você costuma fumar por dia durante o período de pandemia?

14. Costuma realizar alguma atividade física?

- a. Se sim, qual(is)? _____,
- b. Geralmente em quantos dias na semana? _____.
- c. Durante quanto tempo (em minutos)? _____.

15. Este hábito mudou durante a pandemia?

- a. Se sim, de que modo? _____,

Comorbidades

16. () Hipertensão Arterial Sistêmica () Diabetes Mellitus () Outra: _____

Dados clínico-laboratoriais

17. Status de primeira consulta: () com diagnóstico () sem diagnóstico

18. Tipo histológico do tumor: () Carcinoma Ductal Invasivo () Carcinoma Ductal In Situ

() Outro: _____

19. Estadiamento clínico por TNM: T____ N____ M____

20. Marcadores imunohistoquímicos: () RH+ () HER-2 () triplo-negativo
21. Biópsia do Linfonodo Sentinela: () Sim () Não Resultado: ____/____/____
22. Data do diagnóstico de câncer mamário por biópsia: ____/____/____
23. Data da suspeita diagnóstica por imagem: ____/____/____
24. Data do início do primeiro tratamento: ____/____/____
25. Terapêutica indicada para início do tratamento:
- () cirurgia – Tipo:_____
- () radioterapia () quimioterapia () hormonioterapia

Apêndice C – Questionário de Avaliação do Instrumento de Coleta de Dados

Validação de Face e Conteúdo

1. Os itens propostos possuem um conteúdo que permite avaliar os efeitos da pandemia da COVID 19 no seguimento adequado do tratamento cirúrgico das mulheres com câncer de mama?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões: _____

Comentários: _____

2. O vocabulário foi utilizado adequadamente para a abordagem e o conteúdo das perguntas e alternativas?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões: _____

Comentários: _____

3. As perguntas apresentam clareza e objetividade?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões: _____

Comentários: _____

4. É necessário fazer alguma alteração na gramática utilizada?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões: _____

Comentários: _____

5. As perguntas estão descritas de modo que mensuram o que se pretende medir?

() Sim () Não () Em parte

Sugestões: _____

Comentários: _____

Nome do juiz/especialista:

Instituição:

Cargo:

Considerações finais:

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes)

Prezado (a),

Sou DENISE MONTENEGRO DA SILVA, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, orientada por Régia Christina Moura Barbosa Castro.

Estou desenvolvendo um estudo intitulado: **“EFEITOS DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NO SEGUIMENTO ADEQUADO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA”**, que será realizado as pacientes atendidas no ambulatório de Mastologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

O estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da pandemia da COVID 19 no seguimento adequado do tratamento cirúrgico das mulheres com câncer de mama.

Para alcançar este objetivo, será utilizado um instrumento de coleta de dados. Este formulário semiestruturado, construído com base na literatura pertinente ao assunto é composto por dados sociodemográficos, história reprodutiva, hábitos sociais, comorbidades, dados clínico-laboratoriais e questões relacionadas aos atrasos e/ou adiamentos das consultas e a satisfação com as medidas desenvolvidas no ambulatório para prevenção e combate ao COVID-19.

A razão do meu contato é para realizar o convite de participação do meu estudo na qualidade de juiz. Desse modo, você receberá uma cópia do instrumento e um questionário para que possa realizar a avaliação. Sua participação nesta pesquisa é livre.

Os dados obtidos serão utilizados apenas para a elaboração desta pesquisa. Estou a disposição para resolver dúvidas que possam ocorrer em qualquer momento da pesquisa. Pode entrar em contato por email: denisemontenegrodasilva@gmail.com ou por meio do telefone: 85 9 8834-1047.

Consentimento Pós-Esclarecido

Eu _____, RG: _____ declaro que é por livre e espontânea vontade que estou participando como juiz da pesquisa. Declaro que li de forma

cuidadosa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que recebi as devidas explicações que responderam por completo minhas dúvidas.

Assinatura do Juiz

Responsável pela pesquisa