

Fatores associados ao tempo para tratamento do câncer de mama em período pandêmico: estudo observacional

Factors associated with the time to treat breast cancer in the pandemic period: an observational study

Factores relacionados al tiempo para tratamiento del cáncer de la mama en período pandémico: estudio observacional

Denise Montenegro da Silva¹

ORCID: 0000-0001-6969-4133

Régia Christina Moura Barbosa Castro¹

ORCID: 0000-0002-0673-9442

Ana Fátima Carvalho Fernandes¹

ORCID: 0000-0001-5110-6364

Erlaine de Freitas Corpes¹

ORCID: 0000-0002-9681-3422

Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos¹

ORCID: 0000-0001-9643-0264

Andrea Bezerra Rodrigues¹

ORCID: 0000-0002-2137-0663

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva DM, Castro RCMB, Fernandes AFC, Corpes EF, Santos CPRS, Rodrigues AB. Factors associated with the time to treat breast cancer in the pandemic period: an observational study. Rev Bras Enferm. 2023;76(Suppl 1):e20220428. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0428pt>

Autor Correspondente:

Denise Montenegro da Silva
E-mail: denisemontenegrodasilva@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Maria Saraiva

Submissão: 02-08-2022 **Aprovação:** 01-03-2023

RESUMO

Objetivos: analisar os fatores associados ao tempo para tratamento cirúrgico do câncer de mama em pacientes atendidas em ambulatório de mastologia de referência no estado do Ceará. **Métodos:** estudo analítico, longitudinal, realizado com prontuários do Ambulatório de Mastologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Foram utilizados 140 prontuários de pacientes com câncer de mama com cirurgias realizadas durante o período pandêmico.

Resultados: o estudo evidenciou associações entre a escolaridade e o menor tempo para tratamento nas pacientes que realizaram biópsia antes da primeira consulta ambulatorial ($p = 0,026$; OR: 0,16; IC = 0,03-0,85); no grupo que realizou a biópsia pelo ambulatório, estiveram associados o tipo de tumor ($p = 0,019$) e a neoadjuvância ($p = 0,000$). **Conclusões:** o menor nível educacional, o tipo de tumor e a utilização da neoadjuvância foram fatores associados ao tempo para tratamento durante o período pandêmico.

Descritores: Neoplasias da Mama; Assistência Ambulatorial; Assistência Integral à Saúde; Cuidados de Enfermagem; Covid-19.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the factors associated with the time to surgical treatment for breast cancer in patients seen at a reference mastology outpatient clinic in the State of Ceará. **Methods:** analytical, longitudinal study with medical charts from the Mastology Outpatient Clinic of Assis Chateaubriand Maternity School. We used 140 medical charts of breast cancer patients with surgeries performed during the pandemic. **Results:** the study evidenced associations between schooling and shorter time to treatment in patients who underwent biopsy before the first outpatient visit ($p = 0.026$; OR: 0.16; CI = 0.03-0.85); in the group who had the biopsy performed by the outpatient clinic, was associated the type of tumor ($p = 0.019$) and neoadjuvant therapy ($p = 0.000$). **Conclusions:** the lesser educational level, tumor type, and use of neoadjuvant therapy were factors associated with the time to treatment during the pandemic period.

Descriptors: Breast Neoplasms; Outpatient Care; Comprehensive Health Care; Nursing Care; Covid-19.

RESUMEN

Objetivos: analizar los factores relacionados al tiempo para tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en pacientes atendidas en ambulatorio de mastología de referencia en el estado de Ceará. **Métodos:** estudio analítico, longitudinal, realizado con prontuarios del Ambulatorio de Mastología de la Maternidad Escuela Assis Chateaubriand. Fueron utilizados 140 prontuarios de pacientes con cáncer de mama con cirugías realizadas durante el período pandémico.

Resultados: el estudio evidenció relaciones entre la escolaridad y el menor tiempo para tratamiento en las pacientes que realizaron biopsia antes de la primera consulta ambulatoria ($p = 0,026$; OR: 0,16; IC = 0,03-0,85); en el grupo que realizó la biopsia por el ambulatorio, estuvieron relacionados el tipo de tumor ($p = 0,019$) y la neoadjuvancia ($p = 0,000$). **Conclusiones:** el menor nivel educacional, el tipo de tumor y la utilización de la neoadjuvancia fueron factores relacionados al tiempo para tratamiento durante el período pandémico.

Descriptores: Neoplasias de la Mama; Atención Ambulatoria; Atención Integral de Salud; Atención de Enfermería; COVID-19.

INTRODUÇÃO

A pandemia ocasionada pelo vírus SARS-Cov-2, causador da doença conhecida como covid-19, logo se mostrou com alto potencial de transmissibilidade, alertando aos órgãos de saúde sobre a necessidade de elaboração e implementação de medidas para reduzir o contágio⁽¹⁾.

No Brasil, o governo adotou medidas de biossegurança obrigatórias, como o uso de Equipamentos de Proteção Individual, higienização das mãos, isolamento de casos e contactantes, distanciamento social, dentre outras⁽²⁾. Muitos serviços de saúde precisaram ser readaptados, uma vez que a demanda por leitos de internação foi crescente, sobretudo aqueles de terapia intensiva.

Devido às mudanças de prioridade nos serviços de saúde, os cuidados às pacientes com câncer se tornaram um dilema, visto que profissionais de saúde precisaram redesenhar os cuidados oncológicos⁽³⁾. No que concerne à neoplasia mamária, a situação pandêmica implicou a interrupção ou alteração de tratamentos, atraso de cirurgias e consultas, repercutindo na qualidade de vida dessas pacientes⁽⁴⁾.

Estudos foram desenvolvidos a fim de orientar acerca das melhores formas de tratamento para pacientes com neoplasia mamária, a serem adotadas durante a pandemia covid-19; dentre elas, destacaram-se o aumento significativo de pacientes submetidos à terapia oral, implementação de consultas on-line, redução de quimioterapia e procedimento cirúrgico⁽³⁾.

Muitas instituições de saúde optaram por reduzir as cirurgias, adiando aquelas de reconstrução e de tumores malignos da mama de baixo grau⁽⁵⁻⁶⁾. A cirurgia foi priorizada para os casos que apresentassem estadiamento avançado ou aqueles em que a não realização do procedimento poderia resultar em mau prognóstico, como o cancro da mama inflamatório e o cancro da mama triplo negativo após a conclusão de quimioterapia neoadjuvante⁽⁷⁻⁸⁾.

O acesso dessas pacientes à rede de atenção em tempo hábil influencia a sobrevida, já que um dos fatores mais importantes dessa patologia é o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento. Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar os fatores que influenciaram o tempo para tratamento cirúrgico das mulheres com câncer de mama durante a pandemia de covid-19.

OBJETIVOS

Analisar os fatores associados ao tempo para tratamento do câncer de mama em pacientes atendidas em ambulatório de mastologia de referência no estado do Ceará (CE).

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, pertencente à Universidade Federal do Ceará, e obteve aprovação.

Desenho, local do estudo e período

Este artigo é oriundo de uma dissertação, com desenho do tipo analítico, retrospectivo, realizado com dados de prontuários

pertencentes ao Ambulatório de Mastologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Esta e o HUWC compõem o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará. 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 para as cirurgias oncológicas mamárias. A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro de 2021 a janeiro de 2022.

População e amostra

A população do presente estudo foi de mulheres com diagnóstico para câncer de mama atendidas no ambulatório de mastologia no período de março de 2020 a julho de 2021. Incluíram-se prontuários de mulheres com diagnóstico de câncer de mama independentemente do estágio; biópsia positiva; com modalidade de tratamento cirúrgico de escolha. Foram excluídos do estudo os prontuários de mulheres em cuidados paliativos em fim de vida, pela crença de que esse momento é oportuno para prática de outras terapêuticas que não a oncológica.

A amostra esperada foi estimada considerando intervalo de confiança de 95% (expresso em desvio-padrão como 1,96) e erro máximo de 5%. O tamanho da população esteve relacionado ao quantitativo de cirurgias. Conforme os relatórios de gestão referentes à produção assistencial⁽⁹⁾, foram realizadas pela equipe médica da mastologia, em média, 328 cirurgias em mulheres com câncer de mama, por ano, nos últimos cinco 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 informações suficientes, como as relativas à data de biópsia e/ou outras relacionadas aos períodos investigados. Devido à redução do quantitativo cirúrgico em decorrência da pandemia e aplicação dos critérios de exclusão, foram coletados 140 prontuários ao final.

Protocolo do estudo

Inicialmente foram realizadas visitas ao ambulatório para acesso ao livro de registros; em seguida, criou-se uma planilha com nome da paciente, número de prontuário, tipo de cirurgia e telefone. Após essa etapa, com autorização da enfermeira do serviço, acessou-se o Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU), em que eram feitas as pesquisas dos prontuários listados e realizada a coleta dos dados. Em outro momento, esses dados eram repassados para o programa de análise.

As informações sobre aspectos clínicos, exames médicos e dados sociodemográficos foram obtidas por meio de busca direta aos prontuários físicos e/ou eletrônicos em duas etapas. Com uso de formulário semiestruturado, foram coletadas informações sobre: a) Dados sociodemográficos: Idade, Raça, Estado conjugal, Escolaridade, Renda, Religião, Procedência, Ocupação; b) História reprodutiva: Gestações, Paridades, Abortos, Menarca, Status menopausal; c) Hábitos sociais: Consumo de álcool e tabaco ao diagnóstico; d) Comorbidades: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes *mellitus*, Outras comorbidades; e) Dados clínico-laboratoriais: Tipo histológico de tumor, Estadiamento

clínico por TNM, Marcadores imuno-histoquímicos, Primeiro tratamento implementado, Biópsia do linfonodo sentinela, Tempo entre o diagnóstico por biópsia e o primeiro tratamento (Cirurgia/QT/Hormônio).

A princípio, as pacientes foram divididas em dois grupos, em função dos dados sobre local de solicitação e diagnóstico de biópsia. Aquelas cujo diagnóstico por biópsia foi constatado antes da primeira consulta no ambulatório, foram alocadas no grupo Antes da Referência (AR); e aquelas que chegaram ao ambulatório sem diagnóstico definido, e cuja solicitação e diagnóstico foram constatados após a primeira consulta na referência, foram alocadas no grupo Biópsia pela Referência (BR).

Para avaliarmos os tempos de início do tratamento e verificar o comportamento desses momentos durante a pandemia, foi utilizado como ponto de corte o valor referido na Lei Federal 12.732: nela, se estabelece que o paciente com câncer tem como direito o início do tratamento (seja quimioterápico, seja radioterápico ou cirúrgico) em até 60 dias a partir do laudo patológico confirmando o diagnóstico da doença. Desse modo, foi considerado atraso quando o tempo entre o primeiro diagnóstico de câncer e o início do tratamento foi superior a 60 dias.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram tabulados em uma planilha no programa *Microsoft Office Excel 2010* e posteriormente armazenados e processados pelo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0. 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 entre diagnóstico e primeiro tratamento 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. O valor de $p < 0,05$ indicava 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%.

RESULTADOS

Da amostra total, em relação às características sociodemográficas, a idade das pacientes variou de 26 a 85 anos, predominando a faixa etária de 50 a 69 anos, com 57 (47,9%) mulheres.

Quanto às demais variáveis, 57 (43,8%) não possuíam qualquer grau de instrução, 91 (66,5%) tinham companheiro, 89 (67,9%) eram católicas, 72 (51,8%) procederam da capital Fortaleza e 70 (52,2%) afirmaram não ter profissão. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS), em 53 (37,8%); e diabetes *mellitus* (DM), em 33 (23,6%).

Na divisão de grupos, foi verificado que, para o grupo AR, 48 mulheres realizaram a biópsia antes da primeira consulta no ambulatório, já para o grupo BR, 92 delas realizaram a biópsia pela solicitação do ambulatório de Mastologia da MEAC.

Foram feitas associações dos tempos de diagnóstico por biópsia e primeiro tratamento implementado (considerando neoadjuvância como primeiro tratamento) com as variáveis sociodemográficas, tipo de tumor, tratamento neoadjuvante, tipo de cirurgia e técnica oncoplástica (Tabela 1 e Tabela 2).

O estudo evidenciou associações entre o grupo AR e a escolaridade ($p = 0,026$; OR: 0,16; IC = 0,03-0,85): mulheres que chegaram referenciadas com diagnóstico por biópsia antes da primeira consulta e maior nível educacional (≥ 9 anos) tiveram 84% menor chance no tempo para tratamento tardio, configurando este fator como protetor. O grupo AR foi formado principalmente de mulheres com procedência do interior e/ou outros estados (68,8%), e o tempo entre biópsia e tratamento foi superior a 60 dias para 68,7% delas. Para esse público, a utilização de neoadjuvância foi baixa, sendo utilizada em 31 (64,6%) delas.

Tabela 1 – Associação das variáveis com o tempo de diagnóstico por biópsia antes da primeira consulta na referência e com o primeiro tratamento das pacientes com tratamento cirúrgico, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022

Variável	Tempo para tratamento – grupo AR			Valor de p
	Geral	< 60 dias	> 60 dias	
Idade ao diagnóstico				0,229
< 50	23 (47,9)	9 (18,8)	14 (29,2)	
50-69	20 (41,7)	6 (12,5)	14 (29,2)	
> 70	5 (10,4)	0 (0,0)	5 (10,4)	
Origem da paciente				1,77 (0,49-6,43)
Capital	15 (31,3)	6 (12,5)	9 (18,8)	
Interior/Outros	33 (68,8)	9 (18,8)	24 (50,0)	
Anos de estudo				0,16 (0,03-0,85)
< 9	17 (37,0)	2 (4,3)	15 (32,6)	
> 9	29 (63,0)	13 (28,3)	16 (34,8)	
Companheiro				1,03 (0,26-4,08)
Sim	35 (72,9)	11 (22,9)	24 (50,0)	
Não	13 (27,1)	4 (8,3)	9 (18,8)	
Fonte de renda				0,72 (0,20-2,48)
Sim	24 (52,2)	7 (15,2)	17 (37,0)	
Não	22 (47,8)	8 (17,4)	14 (30,4)	
Tipo de tumor				0,193
CDI	31 (64,6)	12 (25,0)	19 (39,6)	
CDIS	5 (10,4)	0 (0,0)	5 (10,4)	
Outros	12 (25,0)	3 (6,3)	9 (18,8)	
Neoadjuvância				3,04 (0,85-10,86)
Sim	17 (35,4)	8 (16,7)	9 (18,8)	
Não	31 (64,6)	7 (14,6)	24 (50,0)	
Tipo de cirurgia				3,07 (0,85-11,07)
Mastectomia	23 (47,9)	10 (20,8)	13 (27,1)	
Quadrantectomia	25 (52,1)	5 (10,4)	20 (41,7)	
Técnica oncoplástica				2,33 (0,65-8,31)
Sim	16 (33,3)	7 (14,6)	9 (18,8)	
Não	32 (66,7)	8 (16,7)	24 (50,0)	

AR – Antes da Referência; CDI – Carcinoma Ductal Invasivo; CDIS – Carcinoma Ductal In Situ.

Tabela 2 – Associação das variáveis com o tempo de diagnóstico por biópsia pela referência e com o primeiro tratamento das pacientes com tratamento cirúrgico, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022

Variável	Tempo para tratamento			OR	Valor de p
	Geral	< 60 dias	> 60 dias		
Idade ao diagnóstico					0,128
< 50	30 (32,6)	23 (25,0)	7 (7,6)		
50-69	47 (51,1)	26 (28,3)	21 (22,8)		
> 70	15 (16,3)	8 (8,7)	7 (7,6)		
Origem da paciente				1,20 (0,50-2,86)	0,824
Capital	57 (62,6)	36 (39,6)	21 (23,1)		
Interior/Outros	34 (37,4)	20 (22,0)	14 (15,4)		
Anos de estudo				1,15 (0,48-2,77)	0,749
< 9	40 (47,6)	25 (29,8)	15 (17,9)		
> 9	44 (52,4)	26 (31,0)	18 (21,4)		
Companheiro				0,82 (0,33-1,99)	0,661
Sim	56 (62,9)	33 (37,1)	23 (25,8)		
Não	33 (37,1)	21 (23,6)	12 (13,5)		
Fonte de renda				0,82 (0,34-1,95)	0,658
Sim	40 (45,5)	24 (27,3)	16 (18,2)		
Não	48 (54,5)	31 (35,2)	17 (19,3)		
Tipo de tumor					0,019
CDI	51 (55,4)	34 (37,0)	17 (18,5)		
CDIS	16 (17,4)	5 (5,4)	11 (12,0)		
Outros	25 (27,2)	18 (19,6)	7 (7,6)		
Neoadjuvância				4,91 (1,98-12,15)	0,000
Sim	53 (57,6)	41 (44,6)	12 (13,0)		
Não	39 (42,4)	16 (17,4)	23 (25,0)		
Tipo de cirurgia				1,75 (0,77-4,11)	0,218
Mastectomia	39 (42,4)	27 (29,3)	12 (13,0)		
Quadrantectomia	53 (57,6)	30 (32,6)	23 (25,0)		
Técnica oncoplastica				2,05 (0,72-5,84)	0,173
Sim	23 (25,0)	17 (18,5)	6 (6,5)		
Não	69 (75,0)	40 (43,5)	29 (31,5)		

CDI – Carcinoma Ductal Invasivo; CDIS – Carcinoma Ductal In Situ.

Quanto ao grupo BR, o período contabilizado desde o diagnóstico por biópsia realizado pelo ambulatório até o tratamento esteve associado ao tipo de tumor ($p = 0,019$) e a neoadjuvância ($p = 0,000$), evidenciando que as pacientes que realizaram o tratamento neoadjuvante tiveram 4,91 vezes mais chances de receber o tratamento no menor período de tempo. Esse grupo foi formado principalmente de mulheres provenientes da capital e que obtiveram seus tratamentos em tempo inferior a 60 dias para 58 (63,0%) delas.

DISCUSSÃO

O menor nível educacional, o tipo de tumor e a utilização da neoadjuvância foram fatores associados com o tempo para tratamento durante o período pandêmico. Esses dados reforçam os determinantes em saúde na busca oportuna pelos serviços especializados e corroboram a importância dos profissionais de saúde ao evidenciar o uso do raciocínio clínico no manejo de pacientes em situações especiais.

É amplamente reconhecido que o contexto social em que as pessoas vivem e trabalham influencia sua percepção de saúde. Os níveis educacionais têm sido relacionados à incidência, estágio no momento do diagnóstico e sobrevida do câncer de mama, devido a uma melhor compreensão da percepção em saúde e busca oportuna pelos serviços⁽¹⁰⁾.

Os serviços de saúde em meio a pandemia precisaram se remodelar para atender às novas demandas da população. Em

diversos casos, impôs-se a redução do acesso aos hospitais e salas de cirurgia, implicando o estabelecimento de prioridades no atendimento aos pacientes com câncer⁽¹¹⁻¹²⁾.

Há um reconhecimento crescente de que os cuidados aos pacientes com câncer de mama dependerão de características clínicas altamente individualizadas. Nesse sentido, os profissionais de saúde se sobressaem devido à integração da equipe multidisciplinar no desenvolvimento de uma abordagem de tratamento efetiva, que atue considerando o estágio de apresentação do tumor, o subconjunto biológico do câncer de mama e os fatores genéticos subjacentes ao risco dessa doença⁽¹³⁾.

A personalização do tratamento focado no tipo de tumor e utilização da neoadjuvância permitiu uma otimização no início da terapêutica e foram cruciais durante o período pandêmico, o qual apresentou desafios singulares no cuidado aos pacientes oncológicos. Consensos internacionais destacaram a terapia neoadjuvante como a abordagem de tratamento inicial preferencial, capaz de fornecer

tratamento sistêmico eficaz (equivalente à terapia adjuvante) para prevenção da recorrência do câncer; e ela foi particularmente indicada quando havia qualquer sugestão de que a resposta ao tratamento poderia permitir o desescalamento das cirurgias ou radioterapias⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O carcinoma ductal infiltrante é um dos tipos de 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, compreende-se que esteja associado com menor atraso no tratamento em comparação a outros tipos histológicos, como relatado em estudos⁽¹⁵⁾.

No presente estudo, pacientes que vieram encaminhadas de outros serviços de saúde apresentaram, em sua maioria, maior tempo para tratamento. Além disso, as características sociais, como a origem da paciente e sua escolaridade, apontam para as desigualdades sociais vivenciadas no acesso e utilização dos serviços de saúde.

O uso de serviços de saúde é um complexo resultante da interação de diversos fatores, dentre os quais podemos citar as necessidades de saúde, as características dos serviços e dos profissionais, a acessibilidade geográfica, dentre outros⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. No contexto de pandemia, tais desigualdades possivelmente se acentuam em decorrência das medidas utilizadas para contenção da disseminação do vírus.

O rápido avanço da pandemia de covid-19, a declaração de todos os hospitais como hospitais pandêmicos, o isolamento

social principalmente em pessoas idosas e com comorbidades aliado à ansiedade em torno da doença levaram ao atraso no diagnóstico e tratamento de câncer de mama, uma vez que diminuíram as internações tanto de pacientes com queixas quanto de pacientes com rastreamento de rotina⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O intervalo entre o diagnóstico e o início de tratamento, em particular, tem sido objeto de preocupação em vários países. No Brasil, em consonância com as políticas públicas referentes ao direito dos pacientes oncológicos, entrou em vigor, em 22 de novembro de 2012, a Lei nº 12.732, que estabelece o direito de pacientes com câncer iniciarem o tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico em até 60 dias a partir do laudo patológico assinado diagnosticando a doença.

Corroborando a validade dessa medida, estudos mostram que atrasos de até 60 dias não afetam negativamente os desfechos oncológicos, especialmente em cânceres de mama em estágio inicial, independentemente da biologia tumoral⁽²⁰⁻²¹⁾.

Na China, estudo evidenciou uma média de $58,55 \pm 24,87$ dias de tempo para tratamento durante o estágio de surto na pandemia. No início da pandemia, o transporte entre cidades e províncias foi temporariamente interrompido para impedir que o vírus se espalhasse, o que levou a atrasos esperados de diagnóstico e tratamento. Além disso, pouco se sabia sobre o vírus no início da pandemia, e o medo da covid-19 fez muitos evitarem voluntariamente o contato social, o que pode ter sido a principal razão para o aumento do tempo para tratamento⁽²²⁾.

No Paquistão, estudo realizado na Seção de Cirurgia de Mama da unidade de câncer de atenção terciária não encontrou diferença no tempo para tratamento nos grupos investigados entre as eras pré-covid-19 e covid-19. Tal resultado se assemelha ao evidenciado em outro estudo, realizado na província canadense da Columbia Britânica, no qual não se mostrou grande diferença no atendimento cirúrgico em comparação com a era pré-covid-19, com melhor tempo de espera, que eles associaram a um baixo impacto da covid-19 em seu centro e a um melhor atendimento baseado na atuação da equipe multidisciplinar⁽²³⁾.

No contexto brasileiro, estudo de coorte realizado na cidade de São Paulo evidenciou uma queda no quantitativo de exames de mama e diagnóstico apenas nos primeiros 90 dias da pandemia, havendo uma compensação parcial nos diagnósticos no segundo período, embora fosse constatada uma redução de 35% no número de mamografias realizadas no ano anterior à pandemia⁽²⁴⁾.

Além disso, um estudo ecológico realizado com dados do período de 2016 a 2020 demonstrou uma queda significativa na quantidade de mamografias realizadas durante a pandemia em todo o Brasil, o que impactou negativamente o rastreamento e o diagnóstico precoce⁽²⁵⁾.

O diagnóstico e o tratamento oportuno de pacientes com câncer devem ser otimizados nesse contexto; e a gestão desses pacientes precisa ser adaptada aos melhores recursos disponíveis. A necessidade de qualquer procedimento intervencionista deve ser equilibrada contra o risco aumentado durante uma pandemia e deve ser avaliada, caso a caso, para abordar a urgência do procedimento e o efeito no desfecho do paciente se o procedimento for adiado⁽²⁶⁾.

Em geral, o manejo do câncer de mama passou por mudanças consideráveis, em resposta à covid-19, que variaram tanto de acordo com a área geográfica e fase pandêmica quanto entre diferentes instituições dentro de determinado país. Os órgãos profissionais recomendaram opções terapêuticas alternativas como um imperativo de curto prazo^(13,27).

De fato, uma tendência de ampliação das indicações para a terapia sistêmica primária ficou evidente com o aumento da gravidade da pandemia e pressão sobre os serviços de emergência. A Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) relatou um aumento na quimioterapia neoadjuvante em resposta a uma diminuição nas primeiras cirurgias⁽²⁸⁾. Também se observou tal fato no presente estudo, em que foi encontrada associação entre o menor tempo para tratamento e a utilização de neoadjuvância.

Limitações do estudo

Entre as limitações, incluem-se o pequeno tamanho amostral e o desenho da coorte de uma única instituição. No entanto, esses achados representam dados importantes para avaliar o impacto da covid-19 no cuidado do câncer de mama até que dados maiores de registro se tornem disponíveis.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico precoce e início hábil do tratamento da neoplasia mamária ainda é uma preocupação, visto que a pandemia de covid-19 continua a impactar a saúde e a economia em vários continentes. Logo, conhecer as condutas estabelecidas durante o período pandêmico, por meio de estudos como este, possibilita a identificação das necessidades de saúde, formação de raciocínio clínico para implementar as melhores condutas, influenciando diretamente a organização e assistência a ser prestada a essas pacientes.

Os dados encontrados reforçam, ainda que indiretamente, a importância da participação da equipe multidisciplinar em sua atuação ao realizar o raciocínio clínico para a melhor conduta do paciente no contexto de uma pandemia.

CONCLUSÕES

Em resumo, nossos achados demonstram que as pacientes encaminhadas com diagnóstico de outros serviços de saúde e com menor nível educacional vivenciaram maiores períodos de atrasos em relação ao tratamento do câncer de mama. As pacientes com diagnóstico realizado pelo ambulatório tiveram menores períodos de tempo entre diagnóstico e tratamento associados ao tipo de tumor e utilização de neoadjuvância.

Evidencia-se a importância de protocolos de rastreamento e tratamentos que direcionem a atuação profissional em cenários imprevistos. Desse modo, torna-se necessário a continuidade da criação de programas de aperfeiçoamento de conhecimento técnico-científico para que profissionais de saúde mantenham-se constantemente atualizados para uma melhor gestão do cuidado.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

AGRADECIMENTO

À Universidade Federal do Ceará (UFC) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

CONTRIBUIÇÕES

Silva DM, Castro RCMB, Fernandes AFC e Santos CPRS contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Silva DM, Castro RCMB, Fernandes AFC, Corpes EF, Santos CPRS e Rodrigues AB contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Silva DM, Castro RCMB, Fernandes AFC, Corpes EF, Santos CPRS e Rodrigues AB contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Souza SS, Cunha AC, Suplici SER, Zamprogna KM, Laurindo DLP. Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. *J Health NPEPS*. 2021;6(1). <https://doi.org/10.30681/252610104994>
2. Tonin L, Lacerda MR, Caceres NTG, Hermann AP. Recommendations in covid-19 times: a view for home care. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 2):e20200310. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0310>
3. Araújo SEA, Leal A, Centrone AFY, Teich VD, Malheiro DT, Cypriano AS, et al. Impacto da COVID-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro Latino-Americano da pandemia. *Einstein*. 2021;19(1):1-8. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6282
4. Silva MS, Vieira ACB, Fonseca LKS, Nascimento SB, Azevedo DS, Louzeiro KR, et al. Repercussão da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama durante a pandemia da COVID-19. *Res, Soc Develop*. 2021;10(12):e180101220303. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20303>
5. Soyder A, Güldoğan N, Isiklar A, Aribal E, Başaran G. What Has Changed in Patients Aged 65 and over Diagnosed with Breast Cancer during the COVID-19 Pandemic: a single-center experience. *Breast Care (Basel)*. 2022;18(55):1-6. <https://doi.org/10.1159/000523673>
6. Tzeng CW, Cao HST, Roland C, Teshome M, Bednarski BK, Ikoma N, et al. Surgical decision-making and prioritization for cancer patients at the onset of the COVID-19 pandemic: a multidisciplinary approach. *Surg Oncol*. 2020;34(1):182-185. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.04.029>
7. Cavalcante FP, Novita GG, Millen EC, Zerwes FP, Oliveira VM, Sousa ALL, et al. Management of early breast cancer during the COVID 19 pandemic in Brazil. *Breast Cancer Res Treat*. 2020;184(2):637-647. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05877-y>
8. Corsi F, Caruso A, Albasini S, Bossi D, Polizzi A, Piccotti F, et al. Management of breast cancer in an EUSOMA-accredited Breast Unit in Lombardy, Italy, during the COVID-19 pandemic. *Breast J*. 2020;26(8):1609-10. <https://doi.org/10.1111/tbj.13926>
9. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Relatórios Institucionais [Internet]. 2020[cited 2021 Oct 20] Available from: <http://www2.ebserh.gov.br/web/meacufc/relatorio-de-gestao1estao-EBSERH>
10. Coughlin SS. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast Cancer Res Treat*. 2019 Oct;177(3):537-548. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05340-7>
11. Zhou JZ, Kane S, Ramsey C, Akhondzadeh M, Banerjee A, Shatsky R, et al. Comparison of Early- and Late-Stage Breast and Colorectal Cancer Diagnoses During vs Before the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2022;5(2):e2148581. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.48581>
12. Burstein HJ, Curigliano G, Thürlimann B, Weber WP, Poortmans P, Panelists of the St Gallen Consensus Conference, et al. Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast cancer 2021. *Ann Oncol*. 2021;32(10):1216-35. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.06.023>
13. Curigliano G, Burstein HJ, Winer EP, Gnant M, Dubsky P, Loibl S, et al. De-escalating and escalating treatments for early-stage breast cancer: the St. Gallen International Expert Consensus Conference on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2017. *Ann Oncol*. 2017;28(8):1700-12. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx308>
14. Padilla-Ruiz M, Zarcos-Pedrinaci I, Rivas-Ruiz F, Téllez T, García-Gutiérrez S, González N, et al. Factors that Influence Treatment Delay for Patients with Breast Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2021;28(7):3714-21. <https://doi.org/10.1245/s10434-020-09409-2>
15. Rocco N, Montagna G, Di Micco R, Benson J, Criscitello C, Chen L, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Surgical Management of Breast Cancer: Global Trends and Future Perspectives. *Oncologist*. 2021;26(1):e66-e77. <https://doi.org/10.1002/onco.13560>
16. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barriers in access to services in five Health Regions of Brazil: perceptions of policymakers and professionals in the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saude Publica*. 2019;35(11):e00120718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>
17. Papautsky EL, Hamlish T. Patient-reported treatment delays in breast cancer care during the COVID-19 pandemic. *Breast Cancer Res Treat*. 2020;184:249-54. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05828-7>

18. Borges EMN, Queirós CML, Vieira MRFSP, Teixeira AAR. Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. *Rev Rene*. 2021;22:e60790. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>
 19. Vanni G, Materazzo M, Pellicciaro M, Ingallinella S, Rho M, Santori F, et al. Câncer de mama e COVID-19: o efeito do medo no processo de tomada de decisão das pacientes. *In vivo*. 2020;34:1651-9. <https://doi.org/10.21873/invivo.11957>
 20. Minami CA, Kantor O, Weiss A, Nakhlis F, King TA, Mittendorf EA. Association Between Time to Operation and Pathologic Stage in Ductal Carcinoma in Situ and Early-Stage Hormone Receptor-Positive Breast Cancer. *J Am Coll Surg*. 2020;231(4):434-447.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.06.021>
 21. Vanni G, Tazzioli G, Pellicciaro M, Materazzo M, Paolo O, Cattadori F, et al. Delay in Breast Cancer Treatments During the First COVID-19 Lockdown: a Multicentric Analysis of 432 Patients. *Anticancer Res*. 2020;40(12):7119-25. <https://doi.org/10.21873/anticancer.14741>
 22. Chen R, Yang J, Zhao X. Pattern of Time-to-Surgery in Patients With Breast Cancer at Different Stages of the COVID-19 Pandemic. *Front Oncol*. 2022;11:820638. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.820638>
 23. Cadilli L, DeGirolamo K, McKeivitt E, Brown CJ, Prabhakar C, Pao JS, et al. COVID-19 and breast cancer at a Regional Breast Centre: our flexible approach during the pandemic. *Breast Cancer Res Treat*. 2021;186(2):519-25. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-06008-3>
 24. Tachibana BM, Ribeiro RL, Federicci EE, Feres R, Lupinacci FA, Yonekura I, et al. O atraso no diagnóstico do câncer de mama durante a pandemia da COVID-19 em São Paulo, Brasil. *Einstein*. 2021;19:eAO6721. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6721
 25. Corpes EF, Leite KM, Silva DM, Alves ACS, Castro RCMB, Rodrigues AB. Impact of the COVID-19 pandemic on breast cancer screening and early diagnosis. *Rev Rene*. 2022;23:e78620. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378620>
 26. Al-Shamsi HO, Alhazzani W, Alhurairi A, Coomes EA, Chemaly RF, Almuhanna M, et al. A Practical Approach to the Management of Cancer Patients During the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: an international collaborative group. *Oncologist*. 2020;25(6):e936-e945. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0213>
 27. Souza MS, Silva MAC, Silva DM, Lieberenz LVA, Maia MA, Alves M. Measures for the prevention of COVID-19 transmission for prehospital care workers. *Rev Rene*. 2021;22:e62524. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212262524>
 28. Sheng JY, Santa-Maria CA, Mangini N, Norman H, Couzi R, Nunes R, et al. Management of Breast Cancer During the COVID-19 Pandemic: a stage- and subtype-specific approach. *JCO Oncol Pract*. 2020;16(10):665-674. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00364>
-