



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA ONCOLÓGICA

VIAS LIVRES DE COVID-19

*Mantendo / Retomando o tratamento
seguro do câncer durante a pandemia*

Versão 2c



© Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
Rio de Janeiro, 5 de maio de 2020.

Combater o Câncer é Nossa Vocação!

Missão: Agregar profissionais envolvidos no tratamento oncológico, promovendo educação médica continuada, com intercâmbio de conhecimentos, que visem a prevenção, detecção precoce e o melhor tratamento possível aos pacientes com câncer, fortalecendo e representando a Cirurgia Oncológica Brasileira.

Avenida Princesa Isabel, 323 sala 709
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22011-011
Telefone: +55 (21) 2275-5775
www.sbco.org.br

INDICE

Prologo	4
Vias Livres de COVID	6
Benefícios das Vias Livres de COVID	8
Regionalização das vias livres e fases da epidemia	12
Seleção dos pacientes para as vias livres	14
Manutenção das vias livres de COVID	17
Rastreamento pre-operatório	24
Diagnóstico do câncer durante a epidemia	30
Cirurgia do câncer durante a epidemia	31
Outros tratamentos oncológicos nas vias livres	33
Considerações finais	35
Referências	36
Diretoria 2020-2021	39

PROLOGO

*Esse é um trabalho inacabado, a ser revisto e melhorado diariamente,
pelo tempo que for preciso.*

A medida que a pandemia de COVID-19 avança sobre o Brasil e são concretizadas as primeiras reações de defesa como o distanciamento social e aumento da estrutura hospitalar para atendimento destes pacientes, outra dura realidade se impõe: **centenas de milhares de pacientes com doenças graves seguem necessitando de tratamento**. Pacientes, equipes de saúde e gestores tem se organizado para postergar de forma segura o tratamento do máximo de pacientes possíveis, cedendo espaço e poupando equipamento. Na outra ponta, pacientes com emergências médicas também tem sido considerados e seu tratamento imediato é inquestionável.

Entretanto, o início ou continuidade do tratamento daqueles pacientes com doenças graves que não são emergências, mas cujo retardo no tratamento podem resultar em aumento da morbimortalidade, não estão recebendo a devida atenção, sob a justificativa de não ser o problema a ser resolvido agora. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica preocupa-se em especial com esse grupo de pacientes e considera que urge a mobilização para organizar o tratamento dos pacientes com doenças graves, em especial os **portadores de câncer, cujo atraso significativo do tratamento resultará em danos maiores para os pacientes, com maior custo e sobrecarga, a médio prazo, para o sistema de saúde**. É importante notar que, a pandemia inicialmente estimada para durar 4 a 5 meses, pode, segundo estudo publicado¹ em uma das mais respeitadas revistas médicas do mundo, baseado em dados de epidemias prévias por outros corona vírus nos Estados Unidos, ter picos intermitentes após o pico inicial mais severo. Esses episódios de recrudescimento podem perdurar até 2022, ou ainda pior até 2024.

Entendemos que a forma mais segura, eficiente e econômica para seguir com o tratamento dos pacientes com doenças graves, não relacionadas ao COVID, é a criação de **vias livres de COVID**. Por essas vias, transitarão esses pacientes realizando seus diagnósticos e tratamentos, diminuindo o risco de serem infectados, reduzindo o consumo de material de proteção e assegurando melhores resultados em termos de custo efetividade. Há de se considerar inclusive rastreamento por essas vias no futuro.

A SBCO esta ciente de que diversas regiões do Brasil, em determinados momentos, poderão passarão por momentos de colapso do sistema de saúde, sendo que a prática de cirurgias e outros tratamento oncológicos ficará restrito às emergências. Mas consideramos que ignorar a possibilidade de o colapso por COVID ser acompanhado do colapso causado por outras doenças graves, não deve ser ignorado nem subestimado.

Este documento visa embasar, dar alternativas e auxiliar médicos e gestores na organização a nível regional dos sistemas de saúde, de forma a minimizar os danos causados, direta e indiretamente, pela pandemia de COVID-19. Embora, por uma questão de expertise, tenhamos foco especial nos pacientes com câncer no país, essas estratégias podem ser empregadas em outras áreas da medicina.



VIAS LIVRES DE COVID

Caminho a ser seguido por pacientes com doenças graves sem infecção por COVID desde o diagnóstico, passando pelo tratamento e acompanhamento.

Vias livres de COVID são o conjunto de estruturas de saúde comprometidas com o atendimento de pacientes com doenças graves, exclusivamente sem infecção conhecida por COVID-19, que necessitam de tratamento médico durante a pandemia. Algumas instituições indiretamente já tem se posicionado em relação à essa necessidade como o Conselho de Medicina do Rio Grande do Norte, que emitiu recomendação² para que hospitais que decidam realizar cirurgias eletivas devam disponibilizar um ambiente livre da COVID-19. É preciso notar que já se observa demanda crescente da sociedade em relação à manutenção do tratamento de pacientes com doenças graves que não relacionadas ao corona vírus. Essa demanda se observa pela exposição crescente sobre o assunto na mídia tradicional, redes sociais e outros meios.

As vias livres de COVID se iniciam no nível básico de atenção de saúde, com unidades de pronto atendimento e postos de saúde dedicados a pacientes sem sintomas relacionados à infecção por COVID. Nessas unidades os pacientes são triados e casos com sintomas de COVID encaminhados a outras unidades. Após avaliação inicial, o nível básico de saúde verifica a necessidade de tratamento conforme prioridade (ver sessão: Seleção dos pacientes para vias livres)

O nível secundário das vias livres de COVID estão clínicas de especialidades, centros de realização de exames e outras unidades de saúde que realizem atendimento especializado sem a necessidade de alta complexidade, focados em reduzir o número de internações através do tratamento ambulatorial de pacientes.

O nível terciário das vias livres são os hospitais de alta complexidade, focados no tratamento de doenças graves como oncologia, doença cardiovascular aguda e sub-aguda, obstetrícia e outras atividades emergenciais de alta complexidade.

Na impossibilidade de isolamento completo das estruturas citadas acima, elas devem organizar-se com vias livres de COVID, dentro da própria estrutura física, distintas das vias dos pacientes síndromes gripais, casos suspeitos ou confirmados de COVID.

Cabe a estes centros revisarem a triagem inicial dos níveis anteriores e **verificarem quais pacientes necessitam de fato serem tratados durante a epidemia**. Estes centros devem estar preparados para aumentarem sua capacidade de atendimento, receberem pacientes independentemente da origem, caso sejam hospitais de referência para aquela situação clínica. Assim como aceitarem pacientes de outras instituições durante a epidemia, esses centros também devem reencaminhar os pacientes à sua origem ao final da epidemia.

Estes centros devem estar preparados para amplo uso da telemedicina como forma de reduzir o número de visitas desnecessárias dos pacientes ao hospital. Devem priorizar o tratamento ambulatorial e reduzir o tempo de internação, quando possível.

É preciso entender que **via livre de Covid é acima de tudo um conceito**, sendo impossível garantir que haja 100% de pacientes livres de Covid na via. Mas, há grande diferença entre alas hospitalares com 30, 40 ou mais pacientes com corona vírus, a e ter casos eventuais assintomáticos. Assim como em hospitais com fluxos separados para casos suspeitos de COVID de pacientes com outras enfermidades, ao invés de mantê-los todos circulando nas mesmas áreas. O conceito é para mitigar riscos, otimizar a relação custo benefício para a sociedade, sem a pretensão de anular completamente o risco de contaminação.

A qualquer momento, se necessário, estes centros devem adentrar o combate direto à pandemia de COVID quando exigido pelas entidades gestoras. Deve-se considerar que estes centros a medida que a pandemia for sendo controlada, também devem ser os primeiros centros a retomar a condição livre de COVID.

A SBCO, através deste documento, pretende sugerir um modelo para garantir a assistência aos pacientes com câncer, que possa ser aplicado também em outras áreas da medicina.



BENEFÍCIOS DAS VIAS LIVRES DE COVID

Diminuição da mortalidade e melhora na aderência ao tratamento, maior número de pacientes tratados por leito, otimização do uso de EPIs, redução do absenteísmo das equipes de saúde,

Embora a SBCO esteja focada nos pacientes oncológicos é preciso considerar que o benefício das vias livres de COVID se estendem a diversas áreas saúde e vão mitigar as mortes colaterais da epidemia no Brasil. Quando consideramos todas as causas de morte no Brasil³ (Tabela 1) fica evidente a magnitude da importância de manter o tratamento dos pacientes com outras enfermidades que não o COVID.

Tabela 1: Causas de óbito por capítulo do CID em 2018

Capítulo CID-10	Óbitos p/Residência
TOTAL	1.316.719
IX. Doenças do aparelho circulatório	357.770
II. Neoplasias (tumores)	227.920
X. Doenças do aparelho respiratório	155.191
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	150.814
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	81.365
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	70.505
XI. Doenças do aparelho digestivo	67.316
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	54.679
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	43.428
VI. Doenças do sistema nervoso	41.035
Outros	66.696

Um dos benefícios mais evidentes é a **redução de risco dos pacientes que frequentam estas estruturas de serem contaminados**. O risco de um paciente internado, sem COVID, para ser tratado por outra patologia ser infectado pelo vírus em um hospital que trata pacientes com COVID

é de aproximadamente 40%, em áreas de alta incidência. Pacientes submetidos a cirurgia que desenvolvem sintomas de COVID-19 no pós-operatório apresentam alta mortalidade. Estudo publicado recentemente⁴ mostrou que 44% dos pacientes que desenvolvem a infecção pelo vírus no pós-operatório necessitarão internação em UTI e 20,5% destes evoluirão para óbito. Dessa forma, vias livres de COVID estarão oferecendo um ambiente mais seguro a medida que reduzem o risco de contágio na internação.

Pacientes com câncer aparentemente tem uma evolução clínica pior quando comparado a outros pacientes com infecção por COVID. Segundo estudo Chines⁵, pacientes com câncer infectados por COVID tem 5 vezes mais chances (39% vs 8%) de necessitar internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou morrer do que pacientes sem câncer. Mesmo pacientes com câncer em acompanhamento e sem sinal da doença, tem pior evolução clínica quando comparado a pacientes sem histórico de câncer. Dessa forma, outro benefício de centros oncológicos livres de COVID é a redução de casos graves de COVID, em última análise, reduzindo a necessidade de leitos de UTI.

É notório que os profissionais de saúde tem sido infectados em grandes quantidades. Na Itália⁶ 20% dos profissionais de saúde em contato com pacientes infectados por COVID foram infectados, e alguns morreram. É importante considerar que esses números foram coletados ainda no início da epidemia e não levam em conta o risco adicional durante a duração completa da epidemia. Além do evidente prejuízo causado a esses profissionais pela infecção, soma-se o prejuízo à saúde pública pela falta de equipes de saúde a medida que os profissionais são afastados pela doença. Assim, **hospitais livres de COVID terão menos absenteísmo e de forma geral ofereceram um ambiente de trabalho mais seguro ajudando na confiança dos profissionais de saúde.**

Relatórios dos profissionais de saúde da Itália⁶ descrevem exaustão física e mental, a tormenta de decisões sobre qual paciente vai ser tratado e qual não vai, a dor de perder parentes e colegas de trabalho, além do risco de serem infectados. Em hospitais de alta complexidade, onde são tratados casos graves ininterruptamente, é preciso que os profissionais de saúde tenham condições de se manter focados nas decisões, editando que os problemas acima interfiram decisivamente nos resultados do tratamento. Outro benefício dos hospitais livres de COVID.

Por mais difícil que seja, é importante estar preparado para o mais doloroso dilema moral que se impôs aos médicos de países ricos desde a II Guerra Mundial, que é a necessidade de escolher qual paciente terá acesso a tratamento e qual não terá. Esperamos, que a medicina brasileira não precise passar por essa decisão, mas caso seja inevitável, devemos considerar que muitas doenças graves, com mortalidade maior que a infecção por COVID, podem ser tratadas em tempo médio muito inferior, permitindo tratar mais pacientes com o mesmo número de leitos.

Segundo Zhou et al.⁷, o tempo médio entre o início dos sintomas e o óbito de pacientes com corona vírus é de 2 a 8 semanas, enquanto o tempo médio para recuperação clínica daqueles que sobrevivem é de 6 a 8 semanas. Isso significa, que os pacientes que necessitam internação costumam ter internações longas. É preciso considerar que na falta absoluta de leitos, em um leito ocupado por paciente com corona vírus por 10 dias, 3 ou 4 pacientes com câncer de mama poderiam ser operadas e receber alta. Evidentemente essa é uma racionalização direta e muito mais complexa do que aparenta, mas serve como exercício diante do dilema que muitos médicos poderão enfrentar. De forma geral, pode-se inferir que a **taxa de cura por leito hospitalar pode ser melhorada** mantendo uma parte do sistema dedicado a pacientes sem COVID.

Ainda, tem sido relegado a segundo plano o fato de que ao final ou durante - caso se prolongue - da epidemia, deveremos observar uma explosão nos casos diagnosticados com câncer, com casos mais avançados que o normal. Além disso, os casos já diagnosticados que foram postergados necessitarão tratamento, e possivelmente tratamentos mais logos, com maior morbimortalidade e de maior custo. Isso causará uma segunda onda de superlotação, aumento dos custos sócio-econômicos. Por isso, manter o tratamento dos casos graves em vias livres de COVID a médio prazo, vai achatar a curva de retorno à normalidade do tratamento oncológico e reduzir os custos sócio-econômicos de forma global. Estudo realizado na Inglaterra⁸ afirma que o número de mortes por câncer, naquele país, deve aumentar 20% (6270 mortes adicionais) em decorrência do atraso no diagnóstico ou tratamento dos casos novos de câncer decorrentes da epidemia de COVID-19. Se considerados os pacientes já com câncer em tratamento, o aumento poderia ser de 57% nos próximos 12 meses. Se considerarmos que no Brasil morrem por ano 220 mil pessoas por ano com câncer, um incremento de 57% significaria 125 mil mortes adicionais.

Certamente, outro benefício imediato das vias livres de COVID é a **otimização do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), muito importante nesse momento.** Segundo a Organização Mundial de Saúde⁹ profissionais em contato com pacientes sem sinais de infecção por COVID não precisam utilizar equipamentos de proteção individual de alto custo. Publicação recente¹⁰ sugere que o uso de máscaras cirúrgicas pode reduzir o contágio por corona vírus e influenza a partir de indivíduos sintomáticos, por isso, recomendamos que todo pessoal de saúde deva usar máscaras durante o trabalho, em áreas com casos documentados de infecção por COVID. É importante notar que até o momento, a maioria dos municípios do Brasil não apresentam casos de COVID e talvez nessas localidades o uso de máscara cirúrgica pelo pessoal de saúde, talvez, não precise ser universal, mas restrita aos profissionais que atendem casos suspeitos de COVID. O Ministério da Saúde, a partir da segunda semana de abril de 2020, recomendou o uso de máscaras

simples (tecido) por todos os brasileiros. Por isso, sugerimos que em todos os hospitais, os pacientes sejam orientados a usar máscaras de tecido de maneira universal.

É importante observar que para a política de uso de material dentro de estruturas livres de COVID possa funcionar, deve-se realizar a triagem dos casos e manutenção dessas vias com o menor número possível de pacientes com COVID (ver: Manutenção das vias livres de COVID e Rastreamento pré-operatório).

Na prática isso significa que em hospital livre de COVID o uso de EPIs de alto custo como máscaras N95 ou FFP2 padrão ou equivalente, luvas, óculos de proteção ou protetor facial e aventais, pode ser otimizado sem acréscimo de risco à equipe e pacientes. Estes materiais podem ser destinados, preferencialmente, a situações nas quais algum paciente com suspeita de COVID seja identificado dentro da estrutura. Também para grupos específicos de alto risco, como anestesiistas e médicos intensivistas. Os equipamentos economizados por esses hospitais poderão ser usados em hospitais dedicados ao tratamento de pacientes com COVID.

Por fim, há de se considerar que **muitas regiões, com pequeno número de casos, estão atualmente com baixa ocupação hospitalar, gerando dificuldades administrativas para estas instituições.** Muitos são centros de alta complexidade que poderiam estar tratando doenças graves, evitando a piora desses casos nos próximos meses. Essas instituições, uma vez livres de COVID poderiam retomar com mais segurança o tratamento de doenças graves. Os pacientes terão mais segurança em procurar ajuda. **Cabe ressaltar, que não estamos recomendando a retomada de cirurgias eletivas de doenças de baixa gravidade, mas sim a retomada dos casos graves de forma segura.**



REGIONALIZAÇÃO DAS VIAS LIVRES E FASES DA EPIDEMIA

A aplicação das vias livres de COVID deve ser conforme as características próprias de cada regional de saúde, considerando a oferta de serviços e fase da epidemia na regional

Devido à dimensão continental do Brasil e suas grandes diferenças regionais sociais, econômicas e culturais, é impossível um plano único nacional aplicável a todas as regionais de saúde. A criação de vias livres de COVID deve ser discutida entre os gestores regionais, hospitais e demais serviços de saúde, e adaptada à realidade da regional.

Ate o dia 25 de março deste ano, o Brasil tinha 324 cidades com mais de 100 mil habitantes, e há casos de coronavírus registrados em 315 delas.¹¹ Já havia registros da covid-19 também em 60% das cidades entre 50 e 100 mil habitantes.¹¹ Em regiões mais remotas e cidades menores muitas cidades ainda não apresenta casos até hoje, mas isso não significa que em breve não serão atingidas. Qualquer regional com casos documentados de COVID, deve iniciar colocar em prática o funcionamento das vias livres, não devendo aguardar para discutir sua implementação.

É preciso que os serviços relacionados ao diagnóstico de câncer estejam funcionando, ainda que de forma limitadas (ver “Diagnóstico do câncer durante a epidemia”). Além desses serviços, especialidades médicas como cardiologia, endocrinologia, nefrologia, etc, também precisam funcionar, ainda que de forma limitada, para auxiliar na preparação de pacientes cirúrgicos, assim como tratamento de enfermidades graves nas suas áreas da saúde.

Em grande centros com regionais de saúde que contam com grande número de hospitais, é preferível que os centros de referência das especialidades acima, sejam mantidos como livres de COVID. Os centros de referência em oncologia (UNACONs e CACONs) estão espalhados por grande parte do território nacional e poderão prestar-se certamente como hospitais livres de COVID. Aos complexos hospitalares de grande porte, recomendamos que sejam selecionados hospitais (edifícios) específicos para as vias livres de COVID.

Sugerimos que em regionais menores, com pequeno número de hospitais, o centro de alta complexidade, melhor estrutura para atendimento de 6 áreas essenciais (oncologia, cardiologia, neurocirurgia, obstetrícia, traumatologia, cirurgia geral e clínica médica) seja reservado como hospital livre de COVID. Neste hospital poderão ser concentrados além dos casos de câncer, doenças

cardiovasculares, traumas, obstetrícia, emergências clínicas, cirurgia geral e outros não relacionados ao COVID. Entendemos que esse fluxo pode ser mais viável para o SUS e menos aceitável por hospitais privados. Caso não seja possível o isolamento de um edifício todo, já que muitas regiões contam apenas com um hospital, que sejam planejadas vias internas distintas para o fluxo de pacientes com outras enfermidades que não suspeita de COVID. Os hospitais privados devem adotar a mesma estratégia, caso não possam permanecer como unidades livres de COVID.



SELEÇÃO DOS PACIENTES PARA AS VIAS LIVRES

Como triar os pacientes para que entrem nas vias livres considerando a gravidade dos seus casos e ausência de sinais de infecção por COVID

A seleção dos pacientes para tratamento nas vias livres de COVID é parte fundamental para garantir seu funcionamento apropriado ao longo da epidemia. A seleção inapropriada dos casos, permitindo que pacientes com doenças de baixa gravidade transitem nessa via, durante o pico da epidemia, contraria o preceito básico desta filosofia que é a otimização dos recursos para salvar o máximo possível de vidas.

Basicamente, a pergunta a ser feita para permitir a entrada do paciente na via e sua continuidade na mesma é: o retardo no tratamento da enfermidade do paciente pode resultar em dano significativo? Caso a resposta seja sim, o paciente deve seguir com sua investigação e tratamento.

A avaliação inicial, em nível básico, pode ser feita com telemedicina ou presencialmente por clínico geral, que caso considere que o paciente tem sintomas suspeitos para câncer, pode pedir os exames diagnósticos ou, no caso de dúvida, referir o paciente para uma consulta presencial ou, novamente, por telemedicina, com oncologista clínico ou cirúrgico.

Uma vez definido que o paciente precisa ser investigado, essa investigação deve ser focada no diagnóstico de forma racional, evitando o uso de exames desnecessários e reservando os exames de estadiamento para serem realizados apenas após a confirmação do câncer. Isso se aplica apenas aos casos considerados graves que necessitam tratamento a curto prazo.

Caso os exames não confirmem o diagnóstico de câncer o paciente deve seguir sua investigação, caso necessário, seguindo o fluxo normal de pacientes, fora da via livre de COVID.

Confirmado o diagnóstico de câncer, o serviço oncológico livre de COVID deve realizar avaliação multidisciplinar do caso para decidir se o paciente necessita tratamento imediato ou se pode ser postergado.

Para melhorar a comunicação em relação à urgência ou não da cirurgia, a SBCO, em conjunto com o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), a ANVISA e outras sociedades médicas,¹² optamos por adotar nova classificação de risco publicada recentemente¹³ e adaptada ao Brasil (Tabela 2). A classificação não é inflexível, no sentido que diversas situações podem fazer um caso que inicialmente seria classificado como eletivo, necessitar cirurgia a curto prazo. Como exemplo, uma paciente com mioma que apresente sangramento refratário ao tratamento clínico e desenvolva anemia sintomática, possa ter sua cirurgia reclassificada de eletiva, para urgência eletiva, ou até urgência se necessário.

Tabela 2: Classificação de risco e tempo para realização da cirurgia

Classificação	Tempo para realização	Exemplos
Emergência	em até 1 hora	Dissecção de aorta, perfuração ou obstrução intestinal, cesárea de emergência, trauma com choque
Urgência	em até 24 horas	Apendicite, colecistite, fraturas abertas,
Urgência eletiva	Em até 2 semanas	Câncer de testículo, biópsias de linfomas, cirurgias cardiovasculares, fraturas fechadas
Eletiva essencial	Entre 3 a 8 semanas	Cirurgias por câncer em geral, trocas de válvulas cardíacas, cirurgias reconstrutoras, histerectomia por sangramento
Eletiva	Mais do que 8 semanas	Cirurgias estéticas, cirurgia bariátrica, trocas de próteses articulares, vasectomia, ligadura tubária, procedimentos de infertilidade, câncer de crescimento lento com baixo risco de progressão

* Adaptado de Stahel PF. Patient Saf Surg. 2020 Mar 31;14:8.

Os casos considerados de baixo risco (eletivos conforme classificação acima), devem ser revisados internamente a cada 30 dias e reavaliados em discussão multidisciplinar conforme o estado da epidemia, para no caso de melhora da epidemia ou de o paciente ter atingido o limite de tempo de espera, chamar o paciente para tratamento. Isso é muito importante devido ao caráter pouco previsível da epidemia, que pode durar menos tempo, mas também pode se arrastar por meses ou até anos, e esses pacientes não podem ser esquecidos.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica publicou recentemente suas “Considerações sobre manejo de neoplasias durante a pandemia pelo COVID-19”. Esta publicação visa ajudar na gestão de pacientes que podem ter seu tratamento postergado, de forma a contribuir com a liberação de leitos, reduzir consumo de EPIs e diminuir a exposição desnecessária de pacientes ao corona vírus.

Na mesma publicação a SBCO auxilia na identificação de pacientes oncológicos com doenças graves, cujo adiamento do tratamento possa resultar em aumento da morbimortalidade, os quais devem iniciar o tratamento o mais breve possível.



MANUTENÇÃO DAS VIAS LIVRES DE COVID

Como manter as vias livres de COVID sem pacientes infectados

Uma questão essencial do programa é a manutenção pelo maior tempo possível das vias com o mínimo de pacientes infectados por COVID. Para tal, é importante o comprometimento dos gestores de saúde e médicos com o bem estar de toda a comunidade.

Caso algum paciente com suspeita de COVID seja identificado dentro de uma via livre, esse deverá imediatamente ser isolado e investigado com testagem apropriada dependendo da fase clínica da doença. Caso o paciente esteja em regime ambulatorial de tratamento, deve realizar isolamento domiciliar enquanto aguarda o resultado dos exames confirmatórios. Caso a suspeita clínica seja forte e o primeiro teste for negativo, o paciente deverá repetir o teste, antes de continuar a frequentar as vias livres. Isso é importante, pois as taxas de falso negativo dos exames de PCR são de aproximadamente 20-30%.¹⁴

Triagem clínica inicial consiste na avaliação realizada antes da internação do paciente para a cirurgias, ou qualquer outro procedimento a ser realizado pelo paciente nas vias livres. Sugerimos que essa recomendação seja estendida a clínicas de oncologia, serviços de radioterapia, exames de diagnóstico e qualquer outro serviço de saúde. Ela deve ser feita na entrada de pacientes, preferencialmente, fora da clínica ou hospital, em área montada especificamente para esse fim. A equipe responsável por essa triagem deve ser exclusiva para essa função, e devem evitar transitar dentro das estruturas livres de COVID, uma vez que estão sob risco de contaminação. No momento da chegada do paciente, sugerimos a aplicação do Questionário 1 e aferição da temperatura do paciente. Caso qualquer resposta ao questionário seja positiva, o paciente deve ser encaminhado para avaliação médica, dentro da própria instituição, em ambiente previamente definido para a triagem médica dos pacientes com sintomas.

É importante ressaltar que o paciente não deva ser considerado suspeito para infecção por COVID nesse momento, mas sim encaminhado para investigação mais detalhada. Nessa consulta, o médico deverá avaliar e classificar o paciente como suspeito ou não para COVID e dar os encaminhamentos necessários, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde¹⁵. Apenas com a triagem clínica, esperasse evitar o transito dentro da via livre de COVID de cerca de 70% dos pacientes infectados. O mesmo questionário deve ser aplicado diariamente aos membros das equipes de saúde.

Questionário 1: Investigação clínica e epidemiológica*

1.	Você apresentou: tosse, dor de garganta, falta de ar, coriza, dor de cabeça, perda de olfato ou paladar, dor no corpo, calafrios ou febre nos últimos 14 dias?
	Observação: EM CRIANÇAS: Considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. EM IDOSOS: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
2.	Durante a investigação o avaliador observou sinais de desconforto respiratório, corrimento nasal, fadiga?
3.	Observação: EM CRIANÇAS: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência
4.	Voce teve contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias, com caso confirmado laboratorialmente para COVID?
	Observação: Considerar em áreas de média e alta prevalência o contato com casos suspeitos também
5.	Febre (temperatura aferida > 37,7 °C)

* Adaptado de DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COVID-19 - Ministério da Saúde¹⁵

Caso o **paciente suspeito** para a infecção por corona virus esteja internado, o paciente deverá realizar testagem apropriada. Além disso, no caso de demora superior a 24 h para obtenção destes resultados, recomendamos a realização de tomografia de tórax, já que 80% dos casos sintomáticos tem alterações radiológicas típicas na tomografia de tórax.¹⁶ Além disso, pacientes com teste de PCR negativo, mas com suspeita clínica de infecção e achados radiológicos típicos em 33% dos casos tem de fato infecção por COVID.¹⁷ Desta forma, evita-se que pacientes infectados permaneçam no hospital por longos períodos aguardando o resultado do exames. Caso este paciente necessite seguir internado, ele deverá ser transferido para hospital dedicado ao tratamento de pacientes com COVID. Se não houver condições de transferência, o paciente segue tratamento internado em área destinada à esses pacientes. Essa área deve, preferencialmente, ser isolada do restante do hospital,

com entrada própria, pessoal próprio, fluxo de materiais e equipamentos próprios, visando minimizar o risco de disseminação da infecção dentro do hospital.

Caso o paciente necessite internação por complicações do tratamento oncológico e desenvolva infecção por COVID, então nesse caso, o paciente permanece no hospital oncológico livre de COVID, na ala dedicada a esses casos, até o controle da complicação e depois pode ser encaminhado ao centro de referência para tratamento de COVID, se for necessário continuar a internação. Se houver condições do paciente ser tratado da complicação oncológica na vigência da infecção em hospital de referência no tratamento da epidemia, com equipe devidamente especializada e acordado com a equipe assistente, considera-se aceitável a transferência do paciente devido à excepcionalidade da situação atual.

Se confirmado o diagnóstico de COVID, o paciente deverá suspender seu tratamento oncológico temporariamente, no mínimo, até que complete 7 dias da resolução completa dos sintomas. Caso nesse período o paciente apresente sintomas que exijam a realização de exames ou internação, eles serão realizados em hospital dedicado ao atendimento de pacientes com COVID. Uma vez resolvido o quadro infeccioso pelo corona vírus, o paciente poderá retornar à via livre, após completar 7 dias de isolamento sem sintomas.

Caso algum **profissional de saúde que trabalhe em instituição livre de COVID apresente sintomas da infecção**, deverá ser imediatamente afastado enquanto aguarda a realização dos exames diagnósticos.

Seguindo as orientações do Grupo Força Colaborativa COVID-19 Brasil¹⁸, para que **profissionais da saúde retornarem ao trabalho**, pode ser usada uma estratégia baseada em teste ou uma estratégia **não** baseada em teste (ou seja, estratégia de tempo desde o início da doença e tempo desde a recuperação). **Na estratégia baseada em teste, o profissional** deve ficar ausente do trabalho até que tenha ocorrido resolução da febre sem o uso de antitérmicos e tenha ocorrido melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar), além do resultado de pelo **menos um ensaio** molecular para COVID-19 em amostra de swab nasofaríngeo seja negativo.

Na estratégia não baseada em teste, o profissional deve ficar ausente do trabalho até que pelo menos 3 dias (72 horas) tenham se passado desde a recuperação da febre sem o uso de antitérmico e tenha ocorrido melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar) e pelo menos **14 dias** tenham se passado desde que os sintomas apareceram pela primeira vez.

O grupo¹⁸ ainda considera que, no caso de **mão de obra escassa**, deve ser considerado avaliar o retorno ao trabalho **a partir de 7 dias** do início dos sintomas, desde que a recomendação de

melhora da febre e sintomas respiratórios tenha sido cumprida. Porém neste caso, ao retornar, o profissional deve utilizar máscara cirúrgica durante toda sua permanência no serviço de saúde, até que o prazo de 14 dias desde o início dos sintomas tenha sido cumprido.

A questão mais difícil em relação a manutenção das vias livres de COVID é: o que fazer com pacientes assintomáticos que frequentam as instituições e podem estar contaminados? Para isso, o primeiro passo é saber qual o risco de um paciente infectado frequentar a via livre de COVID, e para isso é preciso saber a prevalência da doença na região (número de casos ativos).

Entretanto, estabelecer com precisão a prevalência de casos de infecção por COVID não é tarefa fácil e, infelizmente não há fórmula confiável neste momento no Brasil. Entretanto, consideramos uma **aproximação aceitável** que, a prevalência deva corresponder a duas vezes o número de casos da última semana na região, já que 14 dias são o tempo médio de duração da infecção. Como nem todos os casos são testados é preciso haver uma estimativa do número de casos desconhecidos para cada paciente notificado. Estudo realizado no Rio Grande do Sul¹⁹, publicado no dia 15/03/20, sugere que para cada caso notificado de COVID existam outros 4 casos não notificados, naquele estado. Assim, é possível inferir, por exemplo, que no Rio Grande do Sul se forem notificados 100 casos na última semana, devam existir cerca de 1000 casos ativos (prevalência). A tabela Obviamente, trata-se de cálculo

Tabela 3: Exemplo de cálculo de prevalência (Rio Grande do Sul)

Casos confirmados na última semana (até dia 02/05/20)	523	casos
Estimativa de casos ativos confirmados (2 semanas)	1046	casos
Prevalência estimada (5x os confirmados)	5230	casos
Prevalência estimada	0,0523	por 100 mil habitantes
Prevalência estimada no Rio Grande do Sul	0,046%	

Dito isso, agora é preciso definir qual é o risco que aceitaremos de um paciente portador de infecção por corona virus ativo, seja acidentalmente tratado dentro da via livre. Embora os carregadores que cursam toda a enfermidade assintomáticos respondam por cerca de 33% das infecções²⁰, é importante considerar que parte dos que desenvolverão sintomas, ainda podem estar assintomáticos (período de incubação). Assim, parece razoável considerar que aproximadamente 50% dos pacientes com infecção por COVID passarão despercebidos por uma triagem inicial com

investigação de sintomas e temperatura. Idealmente, esses pacientes devem ser identificados antes de entrar em hospitais livres de COVID.

Se considerarmos aceitável o risco de 0,1% de um paciente com corona vírus, equivale dizer que de cada 1000 pacientes atendidos, aceitamos que 2 têm COVID, sendo que 1 será identificado pela triagem e o outro passará despercebido (risco de 0,1%). Isso representa uma prevalência de 2/1000 habitantes.

A Tabela 4 apresenta uma estimativa de quantos **casos ativos de corona vírus** (prevalência) algumas cidades Brasileiras precisam ter (baseado no estudo do Rio Grande do Sul) para o risco de um paciente não diagnosticado com COVID ser acidentalmente atendido dentro de uma via livre.

É preciso ressaltar que essa é uma estimativa extrapolada para outros estados e não necessariamente representa a realidade de todos os centros. Ela não tem a pretensão de ser uma determinação permanente, nem absolutamente correta, mas uma aproximação grosseira com os melhores dados que temos disponíveis no Brasil. Idealmente, cada região deve determinar a sua própria taxa de subnotificação para implementação deste método. Isso pode ajudar no estabelecimento de estratégias custo efetivas de rastreamento em pacientes assintomáticos com doenças graves, que necessitam tratamento e não podem ter seu início atrasado.

Em regiões com poucos **casos ativos documentados** (menos de 40/100 mil habitantes), espera-se que esse risco seja menor 0,1% (baseado no estudo do Rio Grande do Sul) e portanto testar todos os assintomáticos terá alto custo com benefício limitado, a menos que exista uma ampla disponibilidade de exames. Então, nessas regiões, sugerimos que os pacientes assintomáticos não sejam testados sistematicamente e sigam seus tratamentos normalmente, após triagem clínica. No caso de cirurgia, adicionamos a recomendação de isolamento social pré-operatório (ver “Rastreamento pré-operatório”)

A partir de qual prevalência serão oferecidos exames de rastreamento antes de tratamento oncológico, vai variar conforme a disponibilidade de exames e as políticas institucionais. A SBCO no capítulo “Rastreamento pré-operatório” faz sua sugestão em relação aos pacientes cirúrgicos. Estimulamos que essas sejam discutidas abertamente entre as equipes e gestores, pesando o risco/benefício de submeter toda uma população à rastreamento versus o risco de complicações por tratamento oncológico realizado em paciente com infecção por corona vírus. Além disso, deve pesar na balança a favor do rastreamento os benefícios de manter as vias livres de COVID já mencionados anteriormente.

Tabela 4: Risco de atendimento de pacientes COVID+ não diagnosticados conforme número de casos ativos no município

Municípios	População (2019)	Risco de 0,1% se todos forem diagnosticados	Risco de 0,1% Se 20% forem diagnosticados	Risco de 1% se todos forem diagnosticados	Risco de 1% Se 20% forem diagnosticados
São Paulo (SP)	12.252.023	24.504	4.901	245.040	49.008
Rio de Janeiro (RJ)	6.718.903	13.438	2.688	134.378	26.876
Brasília (DF)	3.015.268	6.031	1.206	60.305	12.061
Salvador (BA)	2.872.347	5.745	1.149	57.447	11.489
Fortaleza (CE)	2.669.342	5.339	1.068	53.387	10.677
Belo Horizonte (MG)	2.512.070	5.024	1.005	50.241	10.048
Manaus (AM)	2.182.763	4.366	873	43.655	8.731
Curitiba (PR)	1.933.105	3.866	773	38.662	7.732
Porto Alegre (RS)	1.483.771	2.968	594	29.675	5.935
São Luís (MA)	1.101.884	2.204	441	22.038	4.408
Maceió (AL)	1.018.948	2.038	408	20.379	4.076
Natal (RN)	884.122	1.768	354	17.682	3.536
Cuiabá (MT)	612.547	1.225	245	12.251	2.450
Florianópolis (SC)	500.973	1.002	200	10.019	2.004
Blumenau (SC)	357.199	143	29	1.429	286
Palmas (TO)	299.127	120	24	1.197	239
Cubatão (SP)	130.705	52	10	523	105
Alegrete (RS)	77.673	31	6	311	62
Aparecida (SP)	35.043	14	3	140	28

Como exemplo, o Estado de São Paulo, na semana do dia 26 de abril ao dia 2 de maio diagnosticou 11.170 casos de COVID. Considerando o período de 2 semanas para definir a prevalência, seriam 22.340 casos. Para uma população de 44 milhões, isso corresponde a 50,7 casos confirmados / 100 mil habitantes ou 0,051%. Se a subnotificação de São Paulo for igual ao do Rio

Grande do Sul (5x), então podemos estimar que no período haviam 253,6 casos ativos / 100 mil habitantes ou 0,25% em São Paulo. Como a maioria dos casos do Estado de São Paulo estão concentrados na região **metropolitana da cidade de São Paulo, deve-se considerar esta área como de alta prevalência e por isso merece considerar o rastreamento mínimo de triagem clínica inicial para todos os pacientes oncológicos em tratamento ou que iniciarão tratamento.**

Segue a fórmula sugerida para o cálculo estimado da prevalência de pacientes infectados por COVID-19 em uma determinada cidade ou região:

$$\text{Prevalência} = \frac{(2 \times \text{Número de casos confirmados na última semana}) \times (\text{Subnotificação})}{\text{População}}$$

População

Outra opção para estimativa da prevalência é o cálculo a partir do número de pacientes internados na região por COVID. Considerando-se para tanto que os pacientes que **necessitam internação normalmente respondem por cerca de 20% dos casos diagnosticados**¹⁸, é possível estimar que o número de casos ativos seja, aproximadamente, 5 vezes o número de pacientes internados na região.

Para reduzir a exposição de pacientes e profissionais nas vias livres de COVID, recomendamos que os pacientes frequentem estas estruturas desacompanhados, se possível. Evidentemente, quando o paciente apresentar incapacidade para frequentar sozinho, poderá estar acompanhado. Durante todo o tratamento, o paciente deve praticar isolamento social rigorosamente e caso tenha contato com algum portador de COVID, deve comunicar imediatamente o hospital. As visitas hospitalares também devem ser restritas ao mínimo necessário. Estimulamos o uso de meios de comunicação como videochamadas e outros, para que os pacientes possam manter a comunicação com seus familiares. Nas visitas médicas, sugerimos que os médicos considerem conversar com as famílias utilizando essas tecnologias também. Também recomendamos que profissionais que trabalham em estruturas livres de COVID limitem, na medida do possível, sua circulação a essas estruturas.

O uso de telemedicina é fundamental para reduzir as visitas hospitalares. Revisões de pacientes assintomáticos podem ser realizadas inicialmente por telemedicina e caso existam sinais que justifiquem uma investigação mais detalhada, o médico deve solicitar ao paciente a consulta presencial. O mesmo pode ser dito em relação aos resultados de exames.



RASTREAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Quando e como rastrear pacientes oncológicos para COVID no pré-operatório

O rastreamento pré-operatório de pacientes de cirurgias oncológicas tem por maior objetivo proteger os pacientes oncológicos de complicações, internação em UTI e óbito. No estudo citado anteriormente⁴, os 20,5% pacientes que faleceram após terem sido operados durante o período de incubação do corona vírus eram basicamente pacientes oncológicos e/ou cirurgias de grande porte. Analisando apenas as cirurgias de grande porte, a mortalidade foi de 30% e a mortalidade dos pacientes operados por câncer foi de 44,4%.

Além disso o rastreamento pré-operatório para COVID, permite reduzir a exposição das equipes de saúde e outros pacientes hospitalizados a pacientes infectados. Também permite a otimização do uso de EPIs durante os procedimentos cirúrgicos e todo período de internação do paciente.

Lembramos aqui que, a SBCO recomenda a realização de cirurgia em casos selecionados, de tumores graves, que não podem aguardar até o controle da pandemia para realizar suas cirurgias. O rastreamento aqui citado se refere aos pacientes considerados de cirurgias urgências-eletivas e eletivas-essenciais, conforme citado no capítulo “Seleção dos pacientes para as vias livres de COVID”. As cirurgias de emergência e urgência devem seguir fluxo distinto, que pode ser consultado na nota da ANVISA¹².

Abaixo seguem as **sugestões** de rastreamento da SBCO considerando os expostos acima e a experiência de centros oncológicos livres de COVID de Portugal, Espanha e Itália, descritos por cirurgiões destas instituições. O número de corte 40 casos ativos / 100 mil habitantes representa risco de aproximadamente 0,1% de chance de um paciente aleatório ser portador de COVID ativo, baseado nos resultados do estudo do Rio Grande do Sul¹⁹, citado anteriormente. **Sugerimos que as regionais de saúde considerem realizar seus próprios estudos de prevalência** conforme suas próprias limitações. O risco maior que 0,1% nos parece um número razoável para se iniciar medidas mais duras de proteção no ambiente hospitalar. Entretanto, é impossível aplicar um único ponto de corte a todos os hospitais do país. Dentro de uma mesma cidade, realidades sócio-econômicas distintas podem se impor. Cabe a cada hospital discutir com seu gestor local o seu ponto de corte. Por fim, esse número foi definido com base nas informações disponíveis até o dia de

hoje, e devido ao caráter insipiente do nosso conhecimento sobre a doença, esses valores serão revistos dia a dia.

A definição dos pacientes que devem realizar rastreamento pré-operatório para infecção por COVID não é tarefa simples. Devido à grande limitação no conhecimento sobre o desenvolvimento da epidemia, em especial no Brasil, faz-se necessário, acima de tudo, o uso de bom senso. **O American College of Surgeon (ACS)²¹ sugere que localmente sejam desenvolvidas políticas de testagem para pacientes. Segundo o ACS²¹, o uso de RT-PCR pode ser considerado para todos os pacientes com planejamento de cirurgia ou em pacientes selecionados após rastreamento, com ou sem quarentena pre-operatória. A SBCO concorda com esse posicionamento e adiante neste capítulo, sugere de forma simplificada como fazê-lo.**

Consideramos que idealmente cada hospital deverá desenvolver políticas de testagem, levando os seguintes fatores em consideração:

1. Prevalência de COVID na região
2. Porte cirúrgico
3. Idade e comorbidades do paciente
4. Risco de exposição da equipe cirúrgica ao vírus
5. Disponibilidade de testagem para COVID
6. Disponibilidade de EPIs

Os 4 primeiros fatores citados, guiam nossa orientações em relação ao rastreamento e por isso merecem maiores explicações.

Em relação à prevalência, dividimos empiricamente em 3 grupos de risco:

- Baixo risco: Menos de 0,2% da população com infecção ativa
- Médio risco: Entre 0,2 e 0,5% da população com infecção ativa
- Alto risco: Mais do que 0,5% da população com infecção ativa

Inexiste uma classificação amplamente aceita de **porte cirúrgico** utilizada no Brasil. A SBCO esta sugere a utilização da classificação apresentada na Tabela 5. **Esta classificação esta em processo de validação pela SBCO e em breve deve ser publicada nos meios científicos.**

*Tabela 5: Portes cirúrgicos conforme tipo de internação e risco cirúrgico**

Porte cirúrgico	Mortalidade esperada	Modalidade de Internação	Exemplos
Pequeno porte	<0,1%	Geralmente ambulatoriais	- Biopsias inficionais ou excisionais simples - Exérese de tumor de pele com retalhos locais pequenos - Linfonodo sentinela - Exérese de nódulo de mama
Médio porte	0,1 a 1%	Geralmente hospitalar com risco remoto de internação em UTI	- Mastectomia - Linfadenectomia axilar - Linfadenectomia inguinal - Linfadenectomia pélvica - Exérese de linfonodo cervical - Tireoidectomia - Histerectomia
Grande porte	>1%	Possibilidade significativa de internação em UTI	- Esofagectomia - Pneumectomia - Gastrectomia - Colectomia - Hepatectomias - Duodenopancreatectomia - Laringectomia, glosectomia - Linfadenectomias cervicais radicais - Linfadenectomia retroperitoneal - Histerectomia radical com linfadenectomia pélvica

Diversos estudos tem mostrado pior prognóstico da infecção por COVID em pacientes idosos e com comorbidades. Devido ao uso universal da Classificação de ASA²² para risco cirúrgico, optamos pela sua utilização como fator para definição dos grupos de pacientes cirúrgicos a realizarem ou não o rastreamento para infecção por COVID.

A Tabela 6 apresenta a sugestão da SBCO de como conduzir o rastreamento para infecção por COVID em pacientes candidatos a cirurgias oncológica por urgências-eletivas e eletivas-essenciais.

Tabela 6: Rastreamento para COVID-19 e isolamento social pre-operatório em pacientes oncológicos

	Região de baixa prevalência de COVID			
	Cirurgia de pequeno porte	Cirurgia de médio porte	Cirurgia de grande porte	Cirurgia de risco para contaminação
Idade < 60 e ASA I	Triagem clínica	Triagem clínica	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS
Idade 60 a 70 anos ou ASA II	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS +/-PCR
Idade > 70 ou ASA > II	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/-PCR
	Região de média prevalência de COVID			
	Cirurgia de pequeno porte	Cirurgia de médio porte	Cirurgia de grande porte	Cirurgia de risco para contaminação
Idade < 60 e ASA I	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/-PCR
Idade 60 a 70 anos ou ASA II	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/- PCR*
Idade > 70 ou ASA > II	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/- PCR*	Triagem clínica + IS +/- PCR*
	Região de alta prevalência de COVID			
	Cirurgia de pequeno porte	Cirurgia de médio porte	Cirurgia de grande porte	Cirurgia de risco para contaminação
Idade < 60 e ASA I	Triagem clínica + IS	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/- PCR*
Idade 60 a 70 anos ou ASA II	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/- PCR*	Triagem clínica + IS +/- PCR*
Idade > 70 ou ASA > II	Triagem clínica + IS +/-PCR	Triagem clínica + IS +/- PCR*	Triagem clínica + IS +/- PCR*	Triagem clínica + IS +/- PCR*

IS: Isolamento social; ASA: Classificação de ASA.

*Nessas situações recomendamos fortemente o PCR e, na sua ausência, consideramos aceitável o uso de TC de tórax.

** Essas recomendações podem ser atualizadas a qualquer momento.

Cirurgia de risco para contaminação são aqueles procedimentos em que a equipe de cirurgia esta exposta à secreções respiratórias, em especial. Por exemplo, cirurgias de cabeça e pescoço, acessos vasculares centrais e cirurgias torácicas. Nessas cirurgias, a cautela adicional no rastreamento das equipes esta relacionado à proteção das equipes. Outros procedimentos podem ser enquadrados nesses casos a critério dos hospitais e suas equipes cirúrgicas.

Triagem clínica consiste na avaliação realizada antes da internação do paciente para a cirurgias, seguindo as recomendações do capítulo “Mantendo das vias livres de COVID”.

Isolamento social deve ser estimulado quando possível. Pacientes candidatos a cirurgia oncológica, devem ser orientados a permanecer em isolamento social por pelo menos 14 dias antes da cirurgia. Deve-se reforçar que caso tenha contato com paciente suspeito ou confirmado de COVID, precisa comunicar imediatamente ao hospital e aguardar completar 14 dias para realização da cirurgia.

Sugerimos que os pacientes sejam submetidos a PCR para COVID até 48 horas antes de cirurgia. O uso de pesquisa de anticorpos tipo IgM é controverso, assim como a realização de hemograma e outros exames sorológicos. Não há indicação formal de tomografia de tórax como método de rastreamento em pacientes assintomáticos²³, embora instituições livres de COVID na Europa e China, recomendem seu uso em situações excepcionais em **área de alta prevalência**. Por isso, na indisponibilidade dos métodos anteriores, consideramos **aceitável** a realização de tomografia de tórax 24 horas antes da internação, já que o exame se mostrou capaz de diagnosticar 54% dos casos assintomáticos¹⁶.

Caso o exame de PCR, IgM sejam positivos para COVID ou tomografia de tórax demonstre achados sugestivos de infecção de etiologia viral, o paciente assintomático deve ter o procedimento postergado e seguir orientação especialidade para o seu quadro. O reagendamento do procedimento deve seguir o mesmo procedimento definido para casos sintomáticos (ver acima).

Caso seja negativo para os testes anteriores, o paciente segue normalmente para cirurgia, ou outro tratamento oncológico, e as equipes podem usar equipamento convencional de proteção, exceto anestesistas e intensivistas. Estes devem seguir as orientações sobre equipamentos de proteção das suas respectivas sociedades médicas e ANVISA¹².

No caso de áreas de alta prevalência que não disponham de testagem com PCR, teste sorológico rápido, nem acesso a tomografia de tórax, sugerimos que todas as cirurgias sejam realizadas com equipamento de proteção como se o paciente fosse suspeito para COVID. Nesses casos os equipamentos de proteção consistem de máscaras N95 ou FFP2 padrão ou equivalente, luvas,

óculos de proteção ou protetor facial e aventais impermeáveis. Infelizmente, nessas regiões a aplicação das vias livres de COVID não são factíveis.

Em algumas **regiões de alta incidência de infecção por corona vírus**, os testes diagnósticos (PCR, sorologia e Tomografia) e equipamentos de proteção poderão faltar em breve. Nessas regiões, as cirurgias devem ficar restritas apenas a cirurgias de emergência. As equipes de saúde devem solicitar os equipamentos de proteção e comunicar gestores e instituições representantes de classe. **Em áreas de baixo risco**, as equipes de saúde devem manter comunicação constante com gestores e instituições de classe e particularizar caso a caso a necessidade de cirurgias eletivas.



DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DURANTE A EPIDEMIA

*Aproximadamente 171 mil casos novos de câncer em 2020 no Brasil
durante os três meses de pico da epidemia de COVID-19 no Brasil*

Segundo dados do INCA²⁴, cerca de 625 mil pacientes seriam diagnosticados com câncer no Brasil em 2020. Considerando os casos sub-notificados esse número chega a 685 mil casos. Sendo a expectativa de duração mínima da epidemia de 3 meses, aproximadamente 171 mil pacientes seriam diagnosticados com câncer nesse período. Com base nos dados do GLOBOCAN²⁵, em 2018 a prevalência de câncer no Brasil era de 1 milhão 307 mil pacientes. Esses pacientes estão em fases distintas de tratamento e acompanhamento. Muitos necessitando cirurgia, quimioterapia, radioterapia, reabilitação, entre outras intervenções, ou apenas acompanhamento.

É notório que o atraso no diagnóstico e início do tratamento causa dano irreparável aos pacientes, a ponto de no Brasil estar em vigor lei²⁶ determina que o paciente com câncer receba gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários e tenha o direito de submeter-se ao primeiro tratamento no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for diagnosticada a neoplasia maligna. Portarias recentes flexibilizaram essas leis.

É necessária a manutenção de oferta mínima de serviços diagnósticos como endoscopia digestiva alta, colonoscopia, radiologia (ecografia, raio-x, mamografia, tomografia e ressonância magnética), biópsias, exames laboratoriais. Em muitas localidades, estes serviços tem como maior volume a realização de exames para doenças benignas em situações eletivas, e por isso foram fechados por completo. Dessa forma, pacientes com suspeita de câncer não estão conseguindo marcar exames fundamentais para o diagnóstico.

Muitos pacientes com tumores iniciais poderão sofrer progressão, e casos que inicialmente poderia ser submetidos a uma intervenção cirúrgica simples e curativa, poderão necessitar grandes cirurgias, ou pior, apresentar casos incuráveis. Por isso, os exames de casos suspeitos de câncer devem seguir sendo realizados.



CIRURGIA DO CÂNCER DURANTE A EPIDEMIA

Preferencia pela realização de cirurgias em pacientes que mais se beneficiem dessa abordagem, deferir casos não graves.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológico publicou suas "Considerações sobre o manejo de neoplasias durante a pandemia pelo COVID-19". Na referida publicação a sociedade entra em detalhes com sugestões de como manejar as casos de câncer mais frequentes no Brasil. Sugerimos a leitura da referida publicação por todos os profissionais de saúde que tratam pacientes com câncer, mas de forma geral e resumida as orientações seguem a seguintes recomendações:

Recomendações para todo o Brasil

- Suspensão imediata das consultas e exames de acompanhamento de pacientes assintomáticos, até segunda ordem.
- Consultas para checar exames solicitados em consultas de acompanhamento, previamente realizadas, podem ser realizadas por telemedicina.
- Suspensão das cirurgias de pacientes com casos de menor gravidade ou para os quais existam opções de tratamento capazes de substituir ou postergar a cirurgia com segurança, considerando que o atraso da cirurgias por 2 a 3 meses não acarretará aumento da morbimortalidade pelo tumor.
- Todos os pacientes e familiares que serão submetidos a cirurgia devem ser orientados sobre o risco de contrair a infecção no curso do tratamento
- Os pacientes devem ser orientados a não frequentar desnecessariamente ambientes hospitalares, como emergências, consultórios, ambulatórios e outros.
- Uso de técnica cirúrgica que possa reduzir o número de visitas hospitalares no pós-operatório como uso de suturas absorvíveis de pele
- Usar telemedicina para informar resultado de exames anatomopatológicos pós-operatórios, se possível.

Recomendações para regiões com poucos casos de infecção por COVID:

- Imediatamente, devemos priorizar a realização de cirurgias de pacientes com neoplasias reconhecidas por sua agressividade, nas quais o atraso da cirurgias por 2 a 3 meses possa acarretar aumento da mortalidade. Dentre os tumores de maior agressividade, mas não apenas, casos de tumores de pâncreas, fígado e vias biliares, estômago, cólon e reto, pulmão, ovário avançado, endométrio avançado e melanoma.
- Seguir com as consultas de casos novos, mas selecionar os pacientes que precisam seguir investigação e tratamento nesse momento.

Recomendações para regiões consideradas epidêmicas para COVID:

- Suspensão imediata de todas as cirurgias oncológica eletivas, para tumores de baixo risco.
- Realizar cirurgias oncológicas de pacientes caracterizados como urgências, com tumores extremamente agressivos, cujo atraso da cirurgia por 2 a 3 semanas pode resultar em dano maior irreversível ao paciente ou óbito.
- Seguir com a realização de cirurgias oncológicas de emergência.
- Avaliação de casos novos: Sugerimos uso de telemedicina para triagem dos pacientes que necessitam avaliação presencial e podem caracterizar-se como tumores de maior agressividade descritos acima.

A SBCO confia no julgamento das equipes médicas para definir quais casos são graves a ponto de necessitarem de cirurgia imediata e quais serão postergados, considerando os expostos em suas notas. Dilemas terapêuticos precisam ser individualizados, abordados com base na opinião dos especialistas e na decisão compartilhada.



OUTROS TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS NAS VIAS LIVRES

Casos outras vias de tratamento menos agressivas estejam disponíveis sem prejuízo aos pacientes estas devem ser adotadas

As políticas de tratamento envolvendo tratamento sistêmico de neoplasias e radioterapia devem ser consultados juntos a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica e Sociedade Brasileira de Radioterapia, respectivamente. Entretanto, cabe aqui algumas observações que podem ajudar na tomada de decisões acerca do tratamento dos pacientes com câncer.

As vias livres de COVID oferecem aos pacientes que necessitam tratamento como quimioterapia e radioterapia, ambiente mais seguro para tratamento. É sabido que pacientes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia frequentemente apresentam imunossupressão, sendo este grupo de risco para infecção por corona virus. Dessa forma, novamente, estas vias favorecerão o tratamento adequado dos pacientes e reduzirão as complicações.

Diversas sociedades tem discutido formas de postergar cirurgias de pacientes que possam com segurança realizar suas cirurgias sem prejuízo em 2-3 meses. Mas como já foi mencionado no capítulo anterior, a **SBCO confia no julgamento das equipes médicas para definir caso a caso, quais são graves a ponto de necessitarem de tratamento imediato** e quais serão postergados. Dilemas terapêuticos precisam ser individualizados, abordados com base na opinião dos especialistas e na decisão compartilhada.

Uma conduta aceitável em áreas epidêmicas para COVID é que pacientes com neoplasias malignas cujo tratamento possa ser realizado com cirurgia ou radioterapia, com resultados semelhantes, os pacientes sejam encaminhados para radioterapia. Entretanto, é importante considerar que no Brasil, frequentemente, existem longas filas para a realização de radioterapia. Isso reforça a necessidade de discussão dos casos em equipes multidisciplinares e constante ajuste da oferta e procura por determinados tratamentos.

Da mesma forma, o uso de quimioterapia neoadjuvante como forma de postergar o tratamento cirúrgico também pode ser adotada como estratégia em múltiplas neoplasias, conforme orientação de diversas sociedades e instituições médicas. Aqui novamente cabe a ressalva de que pode ocorrer

excesso de pacientes para esse tipo de terapêutica, causando atraso no seu início e cabe aos serviços manterem a discussão sobre o tempo de espera para início desses tratamento.

Também é possível que nos próximos meses, caso a epidemia se prolongue, essa estratégia não seja mais considerada apropriada, uma vez que os tratamentos neoadjuvantes não podem ser prolongados indefinidamente, e em algum momentos esses pacientes necessitarão cirurgia.

Pacientes em cuidados paliativos devem ter reforçada a orientação de fazê-lo, se possível, com cuidados domiciliares. Aqui, equipes de cuidados paliativos de vias livres de COVID podem ter um papel ainda mais evidente, já que que essa população é extremamente vulnerável e casos tratados em ambientes contaminados por COVID correm risco extremamente alto de contaminação.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transitoriedade, os desafios e a união para a construção das vias livres de COVID

A SBCO considera que o ditado “a medicina é uma ciência de verdades transitórias” nunca foi tão verdadeiro como neste momento. Este documento não tem a pretensão de ser completo, nem perene, mas é tentativa lúcida e sólida à luz dos fatos até o presente e inspirada na experiência de diversos centros ao redor do mundo que a empregaram com sucesso até o momento.

A SBCO reconhece sua limitação em opinar sobre outras áreas da saúde e por isso considera essencial a participação das outras sociedades médicas na construção das vias livres de COVID. Consideramos que essa é uma construção multi-institucional corajosa, que não deve apequenar-se diante dos desafios óbvios da sua implantação, mas agigantar-se para superação do desafio.

Não obstante, devemos todos seguir respeitando o código de ética médica, as orientações dos Conselhos de Medicina e as determinações governamentais, para superarmos esse momento e levar o maior benefício possível para a sociedade brasileira.



REFERÊNCIAS

1. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*. 2020 Apr 14. pii: eabb5793.
2. Recomendações CREMERN No 01/2020. Natal/RN, 13 de abril de 2020.
3. DATASUS. Óbitos p/Residênc segundo Capítulo CID-10 Período: 2018. Acessado em 16 de abril de 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
4. Lei s, Jiang F, Su w, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *E Clinical Medicine*. 2020 Apr 5: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331>
5. Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020 Mar;21(3):335-337.
6. Andrea Remuzzi, Giuseppe Remuzzi. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*. 2020 11-17 April; 395(10231): 1225–1228.
7. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054–62.
8. Lai A, Pasea L, Banerjee A, et al. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. Apr 2020. https://www.researchgate.net/publication/340984562_Estimating_excess_mortality_in_people_with_cancer_and_multimorbidity_in_the_COVID-19_emergency.
9. World Health Organization. (2020). Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>.
10. Leung, N.H.L., Chu, D.K.W., Shiu, E.Y.C. et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat Med* (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0843-2>
11. Soares M. Coronavírus no Brasil. Monitoramento atualizado diariamente com informações das Secretarias de Saúde. Acessado em 17/04/20. Disponível em: <https://www.lagomdata.com.br/coronavirus>

12. ANVISA. ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. NOTA TÉCNICA GVIMS/ GGTES/ANVISA No 06/2020. Acessado em 03/05/20. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae>
13. Stahel PF. How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic? Patient Saf Surg. 2020 Mar 31;14:8. doi: 10.1186/s13037-020-00235-9. eCollection 2020.
14. Li Y, Yao L, Li J, et al. Stability issues of RT-PCR testing of SARS-CoV-2 for hospitalized patients clinically diagnosed with COVID-19. J Med Virol. 2020 Mar 26. doi: 10.1002/jmv.25786.
15. Ministério da Saúde. DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COVID-19. Brasil, 06/04/20. Acessado em 03/05/20. Disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/ddt-covid-19.pdf>
16. Inui S, Fujikawa A, Jitsu M, et al. Chest CT Findings in Cases from the Cruise Ship “Diamond Princess” with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Radiology: Cardiothoracic imaging. 2020 Mar 17. <https://doi.org/10.1148/ryct.2020200110>
17. Ai T, Yang Z, Hou H, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. Radiology. 2020 Feb 26:200642.
18. Dias VMCH, Cunha CA, Vidal CFL, et al. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19. Journal of Infection Control. 2020 Abr 13: 9(2).
19. Governo do Rio Grande do Sul. EPIDEMIOLOGIA DA COVID-19 NO RIO GRANDE DO SUL Estudo de base populacional e validação de testes diagnósticos. Acessado em 16/03/20 e disponível em: <https://planejamento.rs.gov.br/estudo-inedito-estima-que-rs-tenha-5-650-pessoas-infectadas-pela-covid-19>
20. Nishiura H, Kobayashi T, Suzuki A, Jung SM, Hayashi K, Kinoshita R, Yang Y, Yuan B, Akhmetzhanov AR, Linton NM, Miyama T. Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). Int J Infect Dis 2020. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.020
21. American College of Surgeons. Local Resumption of Elective Surgery Guidance Online April 17, 2020. Acessado em 30/04/20. Disponível em: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/resuming-elective-surgery>

22. The American Society of Anesthesiologists classification (ASA classification). October 23, 2019. (original approval: October 15, 2014) Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>. Acessado em: 3 de maio de 2020.
23. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Recomendações de uso de métodos de imagem para pacientes suspeitos de infecção pelo COVID-19. Versão 2-01/04/2020. Acessado em 14 de Abril de 2020. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-de-uso-de-m%C3%A9todos-de-imagem_01-04-20.pdf
24. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019
25. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018 Nov;68(6):394-424.
26. BRASIL. Lei 12732/12 | Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF, nov 2012.



DIRETORIA 2020-2021

Presidente – Alexandre Ferreira Oliveira – Juiz de Fora - MG

Vice Presidente – Héber Salvador De Castro Ribeiro – São Paulo - SP

Secretário Geral – Élio José Silveira da Silva Barreto – Natal - RN

Primeiro Secretário – Gustavo Andreazza Laporte – Porto Alegre - RS

Segundo Secretário – Janina Ferreira Loureiro Huguenin – Rio de Janeiro - RJ

Tesoureiro – Marco Antônio Corrêa Guimarães Filho – Rio de Janeiro - RJ

Segundo Tesoureiro – Manoel Jesus Pinheiro Coelho Júnior - Manaus - AM

Diretor de Relações Internacionais – Alberto Julius Alves Wainstein – Belo Horizonte - MG

Vice Diretor de Relações Internacionais – Glauco Baiocchi Neto – São Paulo - SP

Diretor de Comunicação – Jorge Soares Lyra – Imperatriz - MA

Vice Diretor de Comunicação – Vinicius Negri Dall’Inha – São Miguel do Oeste - SC

Diretor científico - Reitan Ribeiro – Curitiba - PR

Vice Diretor Científico – Paulo Henrique de Sousa Fernandes – Uberlândia - MG

Diretor de Defesa Profissional – Rodrigo Nascimento Pinheiro - Brasília - DF

Vice Diretor de Defesa Profissional – Roberto Queiroz Gurgel – Aracajú - SE

Diretor de Relações Institucionais e Ações Sociais – Bruno José de Queiroz Sarmento – Brasília - DF

Vice Diretor de Relações Institucionais e Ações Sociais – Gumercindo L. da Silva Filho – Imperatriz - MA

Diretor de Ensino e Residência Médica – Marciano Anghinoni – Curitiba - PR

Vice Diretor de Ensino e Residência Médica - Eduardo Zanella Cordeiro – Florianópolis - SC

Diretor Financeiro e de Captação de Recursos – Ranyell Marheus Spencer Sobreira Batista – São Paulo - SP

Vice Diretor Financeiro e de Captação de Recursos – José Humberto Simões Corrêa – Rio de Janeiro - RJ