


# A assistência cirúrgica oncológica na era COVID-19: opiniões e consenso do campo de batalha

## *Surgical cancer care in the COVID-19 era: front line views and consensus*

RODRIGO NASCIMENTO PINHEIRO<sup>1,2</sup> ; FELIPE J.F. COIMBRA<sup>1,3</sup>; WILSON LUIZ DA COSTA-JR<sup>1,4</sup>; HEBER SALVADOR DE CASTRO RIBEIRO<sup>1,3</sup>; REITAN RIBEIRO<sup>1,5</sup>; ALBERTO JULIUS ALVES WAINSTEIN<sup>1,6</sup>; GUSTAVO ANDREAZZA LAPORTE<sup>1,7</sup>; MANOEL JESUS PINHEIRO COELHO-JR<sup>1,8</sup>; PAULO HENRIQUE DE SOUSA FERNANDES<sup>1,9</sup>; EDUARDO ZANELLA CORDEIRO<sup>1,10</sup>; BRUNO JOSÉ QUEIROZ SARMENTO, TCBC-DF<sup>1,2</sup>; MARCO ANTONIO C GUIMARAES-FILHO, TCBC-RJ<sup>1,11</sup>; MARCIANO ANGHINONI<sup>1,12</sup>; GLAUCO BAIIOCCHI<sup>1,13</sup>; ALEXANDRE FERREIRA OLIVEIRA, TCBC-MG<sup>1,14</sup>.

### R E S U M O

**Objetivo:** sugerir roteiro de assistência oncológica cirúrgica em meio à pandemia COVID-19 no Brasil. **Método:** foi realizada revisão narrativa da literatura e consenso tipo “brainstorming” após discussão com mais de 350 especialistas brasileiros e cirurgiões renomados de Portugal, França, Itália e Estados Unidos da América. **Resultados:** consenso sobre testagem para COVID-19: 1-Todos os pacientes a serem operados devem ser testados entre 24 e 48 antes do procedimento; 2-Equipe que tenha contato com doentes ou sintomáticos deve ser testada; 3-Tomografia de tórax foi sugerida para pesquisa de alterações pulmonares. Consenso sobre proteção das equipes de assistência: 1-Usos de máscaras cirúrgicas dentro de hospitais. Uso de máscaras N95 para todos os profissionais na sala cirúrgica; 2-Seleção dos casos para cirurgia minimamente invasiva e aspiração máxima do pneumoperitônio antes da retirada da peça cirúrgica; 2-Otimização das equipes, com número mínimo de profissionais, reduzindo a exposição ocupacional, o consumo de equipamento de proteção e a circulação de pessoas no ambiente hospitalar; 3 -Isolamento de pacientes contaminados. Consenso sobre priorizações: 1-Construção de prioridades de atendimento; 2- Discussão interdisciplinar sobre via minimamente invasiva ou convencional. **Conclusão:** a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) sugere roteiro de enfrentamento para o tratamento oncológico, lembrando que o repesamento na assistência desses casos, pode configurar uma nova onda de sobrecarga em sistemas de saúde.

**Palavras chave:** Neoplasias. Saúde Pública. Pandemias. Coronavírus. Oncologia Cirúrgica.

### INTRODUÇÃO

A estimativa no Brasil para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). Esses dados corroboram a magnitude do problema<sup>1,2</sup>.

Alguns poucos e limitados estudos abordam o risco de COVID-19 associada a pacientes com câncer em tratamento. A associação dessas doenças e as relações com nossa população são ainda pouco conhecidas<sup>2</sup>.

Soma-se a isso a característica de sobrecarga operacional de sistemas de saúde nos países acometidos, que torna a situação ainda mais preocupante<sup>2,5</sup>, principalmente em áreas de recursos escassos. Entretanto, faltam dados para entender a dinâmica da doença e a propagação em um país com características peculiares como o Brasil<sup>2</sup>.

Das informações atuais, sabe-se que pacientes com câncer podem ter maior risco de manifestações da doença COVID-19 quando comparados a indivíduos sem câncer<sup>2,6-8</sup>. Além disso, foi percebido que os pacientes com câncer apresentaram piores resultados de evolução clínica da COVID-19, sugerindo que maior atenção deva ser dada aos pacientes oncológicos, especialmente em caso de deterioração rápida do quadro<sup>2,6,7</sup>. Até o momento, três

1 - Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, SBCO - Rio de Janeiro - RJ - Brasil 2 - Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, Serviço de Cirurgia Oncológica - Brasília - DF - Brasil 3 - AC Camargo Cancer Center, Departamento de Cirurgia Abdominal - São Paulo - SP - Brasil 4 - Baylor College of Medicine, Department of Medicine/Epidemiology and Population Sciences - Houston - TX - Estados Unidos 5 - Hospital Erasto Gaertner, Departamento de Cirurgia Oncológica - Curitiba - PR - Brasil 6 - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte - MG - Brasil 7 - Santa Casa de Porto Alegre, Serviço de Cirurgia Oncológica - Porto Alegre - RS - Brasil 8 - Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas - Manaus - AM - Brasil 9 - Universidade Federal de Uberlândia, Departamento de Cirurgia - Uberlândia - MG - Brasil 10 - Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON- Florianópolis, Cirurgia Oncológica - Florianópolis - SC - Brasil 11 - Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, Departamento de Cirurgia - Rio de Janeiro - RJ - Brasil 12 - Hospital São Vicente, Cirurgia Oncológica - Curitiba - PR - Brasil 13 - AC Camargo Cancer Center, Departamento de Oncologia Ginecológica - São Paulo - SP - Brasil 14 - Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia - Juiz de Fora - MG - Brasil

estratégias para pacientes oncológicos foram propostas por equipes que vivenciaram esta crise do COVID-19<sup>2,6,7</sup>:

1. Otimização de cirurgias eletivas para câncer pode ser considerada em áreas endêmicas<sup>4</sup>, segundo avaliação da equipe assistente, condições de atendimento, momento da crise e orientação das autoridades sanitárias locais<sup>2,5</sup>;
2. Medidas mais intensas de proteção individual devem ser tomadas para pacientes com câncer ou “sobreviventes”<sup>2,5</sup>;
3. Vigilância ou tratamento mais intensivo devem ser considerados quando pacientes com câncer estão infectados, especialmente os mais idosos (grupo com maior mortalidade) ou com outras comorbidades graves<sup>2,5,6</sup>.

A discussão sobre o adiamento do tratamento oncológico é polêmica, uma vez que a definição de gravidade é mutável de acordo com o tipo de câncer e estadiamento<sup>2</sup>. No Brasil, existem ainda implicações legais com risco de penalização dos gestores segundo a lei nº 12.732/12 (em vigor desde 23/05/2013), que estabeleceu que o primeiro tratamento oncológico no SUS (Sistema de Saúde Pública Brasileiro) deve se iniciar no prazo máximo de 60 dias a partir da assinatura do laudo patológico ou em prazo menor<sup>2</sup>.

As evidências científicas atuais são incipientes, portanto, quaisquer conclusões generalizadas para esses pacientes devem ser interpretadas com cautela, mas os efeitos prolongados induzidos por cirurgia, quimioterapia, radioterapia e outros tratamentos oncológicos, que podem levar a imunossupressão, não podem ser negligenciados<sup>2,6,7</sup>. Devido à necessidade consensual de continuidade do tratamento dos pacientes portadores de câncer grave e eminente exaustão de recursos de toda ordem e provável lotação dos hospitais por doentes infectados com COVID-19 a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) recomenda fortemente a criação de vias livres de COVID-19 para assistência de pacientes com enfermidades não relacionadas à atual epidemia, denominadas de Unidades Livres de COVID-19.

Essas vias devem ser pactuadas pelos gestores locais, tanto da saúde pública quanto suplementar, e devem estar preparadas para atender demanda reprimida de outras unidades que se especializem no atendimento da COVID-19. Ressaltam-se situações de exceção em que por

extrema emergência na saúde pública, se faça necessário por período determinado a utilização ao combate direto contra a epidemia, abandonando a condição de livre de COVID. Com o reestabelecimento da normalidade, estes hospitais deverão ser os primeiros também a retomarem as atividades normais tendo em vista a prioridade dos casos que atendem.

Visando ainda produzir conhecimento, a SBCO articulou grupo de resposta e enfrentamento, com as funções de oferecer aos cirurgiões informação norteadora, condensada em notas oficiais periódicas, construção de comunicações científicas e organização do evento *Cancer Updates* (formato de conferência virtual) com participação de colegas de países em fase mais avançada de acometimento pela epidemia.

## MÉTODOS

Após evento internacional virtual com participação de mais de 350 especialistas nacionais e profissionais destacados da área de oncologia cirúrgica de Milão na Itália, do Porto em Portugal, de Paris na França e de Seattle nos EUA, realizado no dia 30/03/2020. Esses profissionais explicitaram as principais impressões e dados do fronte de batalha nestes centros em situação mais avançada da pandemia. A partir dessa discussão, foi realizado sumário na forma de **consenso** ao estilo **“brainstorming”** e **revisão narrativa** da literatura. Este texto pode servir de base para futuras medidas de saúde pública nacionais e internacionais, diante de crise sem precedentes em que pouco se conhece sobre a doença, as repercussões e os riscos para equipes de assistência à saúde.

Objetivos da Reunião:

1. Entender as experiências de centros de referência em diversos estados de avanço da epidemia e do associado caos da saúde pública;
2. Entender momentos importantes da instalação da pandemia;
3. Selecionar e priorizar pacientes diante de cada doença oncológica;
4. Organizar a situação hospitalar e do centro cirúrgico;
5. Indicar cuidados de proteção individual em cirurgias convencionais e laparoscópicas.

Depoimentos:

Após as devidas apresentações e introdução dos objetivos, o Dr. Ailton Sepúlveda, do Hospital Beaujon, Paris, iniciou a apresentação ressaltando os seguintes pontos:

1. Todos devem se preparar para o pior, pois quando menos se espera o caos vem e número grande de pacientes precisará de cuidados hospitalares e intensivos ao mesmo tempo, com risco de esgotamento de recursos. Prepare-se para a crise, pois a “onda” de pacientes infectados é mais rápida que a capacidade de organização das instituições;
2. O Dr. Sepúlveda também destacou a escassez de 3 principais recursos hospitalares, além dos equipamentos de proteção individual:
  - a. Baixa disponibilidade de leitos de terapia intensiva (UTI) para cirurgias; tende-se a priorizar pacientes com previsão de menor necessidade de internação e expectativa de permanência na UTI;
  - b. Baixa disponibilidade de salas cirúrgicas, salas poderão ser utilizadas como leitos de terapia intensiva;
  - c. Deficiência no número de anestesistas, uma vez que naquele país estes podem ser designados como intensivistas.
3. Efeito colateral à assistência oncológica é evidente, com a escassez de recursos acima citados, o atraso no tratamento definitivo é esperado.
4. A visão da crise é dividida em 5 fases, e no momento acreditam estarem vivendo a segunda:
  - a. A primeira é de calma, antes da tempestade. Este é o período que todos devem se preparar aumentando leitos de UTI, respiradores e outros insumos;
  - b. A Tempestade: com hospitais saturados. Aguardando o pico esperado para uma semana a partir desta data;
  - c. Terceira fase, de platô: com limitações para pacientes novos, pela ausência de recursos hospitalares, dependendo do preparo prévio instituído;

- d. Fase de melhora: diminuição progressiva de casos novos e resolução da maioria dos afetados;
- e. A última fase, o rebote: em que todos os pacientes que não foram atendidos nas fases iniciais da pandemia, retornarão aos hospitais para serem tratados as doenças oncológicas.

5. Foi ressaltado ainda que, todos os hospitais franceses são referências para COVID-19. Portanto, o espaço para pacientes com outras doenças é extremamente limitado e que pode ter sido um equívoco não se ter destinado hospitais para atendimento de outras doenças graves.

O Dr. Sepúlveda ressaltou que até então os pacientes não eram testados antes de cirurgias, e que esta rotina teria se iniciado naquela mesma semana, entre 24 e 48h antes dos procedimentos. Lembra que falsos negativos são em torno de 30% e por isso, todos os pacientes cirúrgicos também realizam tomografias de tórax.

Casos de cânceres de pâncreas e fígado, com poucas comorbidades e após neoadjuvância são prioritários, e todos são discutidos em reunião interdisciplinar. Sobre transplantes hepáticos naquela instituição, somente em casos em que o risco de morte neste período de espera seja superior a 50% serão realizados. Outro problema é a falta de doador.

Os casos para laparoscopia são discutidos individualmente, e sempre com o cuidado de esvaziar todo o pneumoperitônio antes da retirada do espécime cirúrgico, evitando o “spray” de partículas virais. É obrigatório o uso de máscaras adequadas.

Em seguida, o Dr. Joaquim Abreu de Sousa, do IPO, Porto, Portugal, iniciou seu depoimento. Explicou que Portugal ainda vive a fase diferente, mas que até o momento a curva de casos é semelhante à francesa.

Salientou que em sua instituição há tentativa de manter via livre de COVID para resguardar os pacientes oncológicos, mas a carência de testes dificulta o diagnóstico eficaz. Em seu centro cirúrgico, a maioria das cirurgias eletivas ocorre, mas já observam diminuição, como nos casos de cirurgia citorrredutora com HIPEC e mama.

Foi relatado que muitas cirurgias foram

postergadas para aumentar a disponibilidade para casos prioritários, adiando procedimentos que possam ser submetidos a outras estratégias de tratamentos, até o fim da crise.

Cirurgias laparoscópicas foram suspensas. Há também tentativa de reduzir a duração dos procedimentos, uma vez que isto pode estar relacionado a maior risco de contaminação da equipe. O uso de telemedicina iniciado cerca de 3 semanas antes passou a ser realidade, uma vez que era instrumento antes não utilizado.

O terceiro a falar foi o Dr. Flávio Rocha, Hospital Virginia Mason, Seattle, EUA. Ele explicou que o primeiro caso oficial detectado nos EUA foi em janeiro, no estado de Washington, e que logo em seguida houve aumento rápido e significativo de casos. Ressalta que as instituições se prepararam para a crise desde o começo e plano de contingência consistente foi implantado de forma coordenada.

Desde o início, a estrutura física foi preparada para separar casos suspeitos dos já confirmados, com a intenção de evitar contaminação de pacientes não COVID-19, evitando assim sobreposição. Para os casos cirúrgicos, utilizaram o protocolo semelhante ao publicado por grupo de Singapura<sup>9</sup>.

Grande desafio, apesar do preparo prévio, é a escassez de equipamento de proteção individual (EPIs). Houve necessidade de algumas adaptações tais como: reutilização de máscaras e equipamentos inicialmente considerados descartáveis.

Foi montado comitê cirúrgico, com a função de decidir sobre as prioridades e indicações. Este utiliza sistema semelhante ao de semáforos: verde, amarelo e vermelho, em sequência crescente de prioridade.

Foi determinada a sexta-feira como dia livre de cirurgias eletivas, destinando esse período exclusivamente para atendimento a casos de emergência e outras demandas de salas cirúrgicas. Este bloqueio visa poupar as equipes, bem como a otimização de recursos em dias de maior concentração cirúrgica, e dia para descontaminação de equipamentos, respiradores e salas cirúrgicas utilizados no fronte.

A contaminação da equipe de saúde é comum, levando a sequência de afastamentos e elevado absenteísmo. Tal fato levou ao aumento de cuidados na prevenção da contaminação dos profissionais que lidam

com a população, incluindo o uso universal de máscara dentro do hospital para todos os pacientes e profissionais. A recomendação é que todos os profissionais e pacientes em pré-operatório sejam testados para o vírus.

Ainda como estratégia para minimizar o risco da disseminação da COVID entre profissionais de saúde e a circulação de pessoas pela instituição, cerca de metade dos residentes foi liberada. Ao mesmo tempo, várias faculdades anteciparam as formaturas, a fim de credenciar mais profissionais para o exercício nos serviços de todo o país, sendo também liberado o licenciamento para que trabalhem em qualquer estado.

Nas laparoscopias, foi abolido o uso de "handports" e a cada caso é feita discussão dos possíveis riscos e benefícios dessa via de acesso.

O último a testemunhar foi o Dr. Marcello Deraco, Instituto de Tumores de Milão. Ele informou que praticamente todos os hospitais foram destinados ao tratamento de COVID-19, exceto dois que se mantiveram como referência para Oncologia.

O cuidado com pacientes oncológicos foi redobrado durante a pandemia pelo aumento dos riscos. Há triagem em dois níveis para todos pacientes: Primeiramente, um questionário sobre sintomas, histórico familiar e exposição prévia a contaminados. Caso o questionário seja negativo, o paciente faz exame para pesquisa de COVID-19, avaliação clínica e tomografia de tórax. Casos positivos ou suspeitos em algum destes testes, refazem exames em sete dias e retornam. Os pacientes só são operados se testarem duas vezes negativos. Outro problema é a falta de exames por isso, apenas pacientes sintomáticos ou suspeitos são testados.

Para a entrada na instituição, são obrigatórias lavagem das mãos, medição de temperatura corporal e uso de máscaras cirúrgicas. Nas enfermarias todos usam máscaras cirúrgicas exceto otorrinos, cirurgiões torácicos e endoscopistas, que usam máscaras tipo N95 ou similares.

Por conta da alta demanda, foram suspensas cirurgias plásticas reparadoras, fechamento de estomas e outras sem impacto prognóstico. Quanto às laparoscopias, apesar de grande controvérsia, foram suspensas.

Apesar de todos os cuidados, ainda são registrados casos de COVID-19 em pós-operatórios. Estes pacientes são encaminhados para enfermaria específica, com pessoal treinado e equipado. Nos casos sem

necessidade de cirurgias, os pacientes são transferidos para outro hospital. Para a seleção de pacientes cirúrgicos a instituição utiliza fluxograma semelhante ao de Seattle com uso das cores verde, amarela e vermelha, como a seguir:

- Verde: pode esperar > 2 meses;
- Amarelo: pode esperar de 2 semanas a 2 meses;
- Vermelho: pode esperar < 2 semanas.

## **DISCUSSÃO**

É fato que procedimentos cirúrgicos que podem esperar devem assim ser tratados. Essa dificuldade citada remete a outra necessidade, a de construção de termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) padronizado, com auxílio de consultoria jurídica, que proteja legalmente a equipe assistencial e que assegure o entendimento e o protagonismo do paciente na deliberação terapêutica. A SBCO por meio do grupo de enfrentamento de crise, cuja existência é “per se”, uma estratégia fundamental de combate, construiu essa ferramenta (TCLE), composta por três partes. A primeira contempla a identificação e os dados da equipe, do paciente e do caso clínico. A segunda parte da ferramenta tem duas funções primordiais: uma sessão assegura que informação constantemente atualizada seja entregue ao paciente e com isso (sua segunda função) estabelece caráter pedagógico do termo. Assim informamos que:

- Pacientes sem comorbidades que se submetem a cirurgias eletivas podem contrair COVID-19 durante a internação;
- Pacientes sem comorbidades que se submetam a cirurgias eletivas que contraírem COVID-19 no pós-operatório poderão desenvolver quadros mais graves devido às alterações imunológicas causadas pela operação;
- Pacientes que tenham contraído a infecção há poucos dias podem ainda não ter desenvolvido sintomas e a ventilação mecânica durante as operações pode resultar em agravamento dos casos;
- Pacientes com infecção assintomática por COVID-19 podem transmitir infecção à equipe;
- Pacientes que se submetem a cirurgias eletivas que tiverem complicações respiratórias podem

ter os sintomas semelhantes à infecção por COVID-19 causando confusão diagnóstica;

- Pacientes que se submetem a cirurgias eletivas que desenvolverem infecção grave por COVID-19, no pós-operatório, podem ter mais complicações cirúrgicas associadas<sup>2,6-8,11</sup>.

A terceira parte do termo configura o consentimento em realizar ou postergar o procedimento após o esclarecimento.

Ainda na seara do conhecimento como instrumento de combate, a SBCO estabeleceu um comitê de construção de informações periódicas para imprensa, pacientes e principalmente para especialistas associados ou não. Por meio deste comitê, mantém contato com autoridades e entidades médicas constituídas, visando colaboração científica proativa.

Entendendo o conjunto das diversas dinâmicas e situações, e avaliando as possibilidades de represamento de casos cirúrgicos oncológicos, corre-se o risco de outra “onda” de impacto no sistema de saúde, junto à crise econômica prevista após a resolução de COVID. Por isso, alguns pontos em relação à instituição e manutenção de Hospitais Oncológicos livres de COVID (HLC) são apresentados<sup>12</sup>:

1. HLCs consumiriam menos EPIs liberando o uso para os demais hospitais;
2. As equipes de saúde de HLCs seriam menos impactadas pela pandemia e poderiam trabalhar com menor absenteísmo e risco ocupacional;
3. Pacientes oncológicos são com frequência imunodeprimidos e a realização de tratamento em HLC diminuiria o risco de contaminação.

Após a discussão já citada, e atendendo à estratégia de construção de conhecimento e posterior divulgação, subsidiando decisões terapêuticas e gerenciais, estabeleceram-se ainda os seguintes consensos:

Consenso sobre testes para COVID-19<sup>12</sup>:

1. De acordo com a disponibilidade de recursos e determinação da autoridade sanitária local todos os pacientes a serem operados devem ser testados entre 24 e 48 antes do procedimento;
2. Membros da equipe que tenham tido contato com doentes ou que estejam sintomáticos;
3. Tomografia de tórax de rotina para pacientes cirúrgicos também é sugerida para pesquisa de

alterações pulmonares, diante da possibilidade de pacientes falso negativos mesmo que assintomáticos. Duas das instituições (os hospitais francês e italiano) realizam de rotina.

Consenso sobre proteção das equipes de assistência<sup>12</sup>:

1. Uso de máscaras cirúrgicas dentro de hospitais diante da possibilidade de número significativo de pacientes assintomáticos e possibilidade de transmissão por estes casos, principalmente em relação à falta de evidências pouco conhecida. Uso de EPIs para todos os profissionais na sala cirúrgica;
2. Seleção cuidadosa dos casos para cirurgia minimamente invasiva<sup>10,13</sup> e aspiração máxima do pneumoperitônio antes da retirada da peça cirúrgica, evitando "spray"<sup>12-14</sup>;
3. Otimização das equipes, com número mínimo de profissionais, reduzindo a exposição ocupacional, o consumo de equipamento de proteção e a circulação de pessoas no ambiente hospitalar;
4. Isolamento de pacientes em alas dedicadas ao atendimento de contaminados caso o HLC não possa ser instalado.

Consenso sobre prioridades:

1. A construção de prioridades de atendimento, incluindo aqueles com prioridade absoluta, em que até duas semanas o quadro clínico ou oncológico pode se agravar. O nível

intermediário pode esperar entre duas e 8 semanas. E um terceiro em que a espera de mais de dois meses não deve interferir no prognóstico do paciente<sup>12</sup>;

2. Discussão em reuniões (preferencialmente virtuais) para avaliar as prioridades e as vias de acesso minimamente invasiva ou convencional<sup>10,12</sup>, a serem realizadas.

## CONCLUSÃO

A SBCO sugere aqui roteiro de enfrentamento relacionado ao tratamento oncológico, lembrando que o represamento de assistência desses casos, pode configurar nova onda de sobrecarga aos sistemas de saúde e que a preparação nos termos supracitados, pode mitigar a tragédia que se anuncia, em especial, da mortalidade colateralmente relacionada à atual pandemia.

## Agradecimentos

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO), agradece aos renomados cirurgiões Dr. Marcello Deraco, do Instituto de Tumores de Milão, Itália; Dr. Joaquim Abreu de Sousa, do Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal; Dr. Ailton Sepúlveda, do Hospital Beaujon, Paris; Dr. Flávio Rocha, Hospital Virginia Mason, Seattle, EUA, por compartilharem as valorosas contribuições e experiências, nesse momento ímpar da história da Medicina.

## ABSTRACT

**Objective:** to suggest a script for surgical oncology assistance in COVID-19 pandemic in Brazil. **Method:** a narrative review and a "brainstorming" consensus were carried out after discussion with more than 350 Brazilian specialists and renowned surgeons from Portugal, France, Italy and United States of America. **Results:** consensus on testing for COVID-19: 1- All patients to be operated should be tested between 24 and 48 before the procedure; 2- The team that has contact with sick or symptomatic patients should be tested; 3 - Chest tomography was suggested to investigate pulmonary changes. Consensus on protection of care teams: 1 - Use of surgical masks inside the hospitals. Use of N95 masks for all professionals in the operating room; 2 - Selection of cases for minimally invasive surgery and maximum pneumoperitoneal aspiration before removal of the surgical specimen; 2 - Optimization of the number of people in teams, with a minimum number of professionals, reducing their occupational exposure, the consumption of protective equipment and the circulation of people in the hospital environment; 3 - Isolation of contaminated patients. Priority consensus: 1- Construction of service priorities; 2 - Interdisciplinary discussion on minimally invasive or conventional pathways. **Conclusion:** the Brazilian Society of Surgical Oncology (BSSO) suggests a script for coping with oncological treatment, remembering that the impoundment in the assistance of these cases, can configure a new wave of overload in health systems.

**Keywords:** Neoplasms. Public Health. Pandemics. Coronavirus.

## REFERÊNCIAS

1. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa/2020 – Cancer Incidence in Brazil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [cited 2020 May 04]; [about 1 screen]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-inc>
2. Pinheiro RN, Oliveira AF, Ribeiro HSC, Ribeiro R, Waistein AJA, Costa Jr WL. COVID-19 and cancer surgical care in Brazil. *Braz J Oncol* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 2];16:1-3. Available from: <http://www.brazilianjournalofoncology.com.br/details/95/en-US/covid-19-and-surgical-cancer-care-in-brazil>
3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Feb 24. doi:10.1001/jama.2020.2648
4. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation and treatment Coronavirus (COVID-19) [Updated 2020 May 4]. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
5. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. 2020; 8(5):475-81. [Epub ahead of print]. Erratum in: *Lancet Respir Med*. 2020; published online Feb 21.
6. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020;21(3):335-337. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6.
7. Xia Y, Jin R, Zhao J, Li W, Shen H. Risk of COVID-19 for cancer patients. *Lancet Oncol*. 2020 Mar 3. pii: S1470-2045(20)30150-9. doi:10.1016/S1470-2045(20)30150-9.
8. Lei S, Jiang F, Su W, Chen C, Chen J, Mei W, Zhan LY, Jia Y, Zhang L, Liu D, Xia ZY, Xia Z. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EClinicalMedicine*. 2020 Apr 5:100331. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100331..
9. Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. *Can J Anesth*. 2020. doi.org/10.1007/s12630-020-01617-4
10. Correia MITD, Ramos RF, Von Bahten LC. The surgeons and the COVID-19 pandemic. *Rev Col Bras Cir*. 2020 [cited 2020 May 02];47: e20202536. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912020000100601&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100601&lng=en). Epub Mar 30, 2020. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202536>.
11. Aminian A, Safari S, Razeghian-Jahromi A, Ghorbani M, Delaney CP. COVID-19 outbreak and surgical practice: unexpected fatality in perioperative period. *Ann Surg*. 2020 Mar 26. doi: 10.1097/SLA.0000000000003925.
12. Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. Vias Livres de COVID [Internet]. Rio de Janeiro; c2020 [cited 2020 May 1]. Available from: <https://9380ed63-1ed3-42b2-abeb-36cdf8d20943.filesusr.com/>
13. Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally invasive surgery and the novel Coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy. *Ann Surg*. 2020 Mar 26. doi: 10.1097/SLA.0000000000003924.
14. American College of Surgeons [Internet]. Clinical Issues and Guidance. Available from: <https://www.facs.org/covid-19/newsletter/032720/clinical-guidance>

Recebido em: 03/05/2020

Aceito para publicação em: 08/05/2020

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

### Endereço para correspondência:

Rodrigo Nascimento Pinheiro

E-mail: [rodrigo@cancerdf.com.br](mailto:rodrigo@cancerdf.com.br)/drnp@ig.com.br

