

O IMPACTO DA  
**PANDEMIA DE  
COVID-19 NO  
ATENDIMENTO  
DO CÂNCER**  
NA AMÉRICA LATINA  
E NO CARIBE

---

# O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ATENDIMENTO DO CÂNCER NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

---

## Autores:

Franco Doimi

MD, Oncosalud AUNA, Patología Oncológica, Lima, Peru.

Isabel Alvarado-Cabrero

MD PhD, Mexican Oncology Hospital, IMSS, México.

Mariana Rico Restrepo

MD, Americas Health Foundation (AHF), Colômbia.

Lilian Torregrosa

Department of Breast and Soft Tissue Surgery, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia.

Rubén Torres

Reitor da Universidade ISALUD, República Argentina.

Fernando Maluf

Hospital Beneficência Portuguesa, Departamento de Oncologia, São Paulo, Brasil, Hospital Israelita Albert Einstein, Departamento de Urologia, São Paulo, Brasil.

# Conteúdo

<b>Resumo executivo</b>	5
<b>Resumo de recomendações</b>	8
<b>Introdução</b>	9
<b>Metodologia</b>	10
Pesquisa a organizações de pacientes	10
Pesquisa de percepção dos médicos	10
Análise do impacto econômico	12
<b>O impacto da COVID-19 em pacientes com câncer segundo as organizações de pacientes da América Latina (OP)</b>	16
Resumo dos impactos	16
Acesso e oferta de serviços de saúde	16
Acesso aos serviços de saúde durante a pandemia e novas formas de atendimento	18
Advocacia e uma nova dinâmica	18
O papel das organizações na vacinação contra a COVID-19	19
Impacto econômico da pandemia de COVID-19 nas organizações de pacientes de câncer e seus pacientes na América Latina	19
Atrasos no acesso ao atendimento médico devido ao custo, de acordo com os pacientes	21
Impacto da pandemia de COVID-19 na demanda de atividades e serviços da organização de pacientes	22
<b>Impacto da COVID-19 no atendimento do câncer na América Latina: resultados da pesquisa a médicos</b>	24
Resumo dos impactos: escopo regional	24
Brasil	26
Colômbia	28
Equador	30
México	32
Peru	34
América Central	36
Cone Sul	38

<b>Resultados da análise econômica do impacto da COVID-19 no atendimento do câncer na América Latina</b>	41
Resumo dos impactos	41
Impacto direto da COVID-19 nos sistemas de saúde: atendimento do câncer	44
Impacto indireto da COVID-19 nos sistemas de saúde: atendimento do câncer	48
<b>Conclusões</b>	54
<b>Recomendações</b>	56
<b>Agradecimentos</b>	59
<b>Referências</b>	60
<b>Anexo 1: Tabelas de países para pesquisa médica</b>	63
<b>Anexo 2: Modelo econômico específico</b>	127

# Resumo executivo

## Antecedentes e introdução

A saúde pública global foi assolada pela mais grave pandemia infecciosa deste século causada pelo vírus SARS-COV-2. Desde dezembro de 2019, a carga da pandemia de COVID-19 deslocou cada vez mais as prioridades tradicionais de saúde e alterou os critérios de priorização da saúde pública. O resultado disto foi prejudicial para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de muitas doenças, incluindo o câncer.

O espectro completo do atendimento do câncer, desde a prevenção até a sobrevivência, foi comprometido pela prevalência da pandemia de COVID-19. Em 2020, 1,5 milhões de pessoas foram diagnosticadas com câncer na América Latina e no Caribe (ALC). O câncer é a segunda principal causa de morte na ALC, com mais de 700.000 mortes registradas em 2020, e a previsão é que sua incidência aumente nos próximos anos devido ao envelhecimento da população e às mudanças no estilo de vida. Esta carga já apresentava desafios significativos para a região, que foram agravados pela contingência. As exigências imediatas da pandemia desviaram recursos, tanto econômicos quanto humanos, para estratégias de contenção destinadas a limitar a perda de vidas. Provavelmente o impacto negativo da pandemia será maior nos países de baixa e média renda, como os da ALC, devido aos recursos já limitados, à má distribuição geográfica do atendimento médico, ao pouco acesso à tecnologia e às desigualdades globais na distribuição de vacinas. Este estudo visa a avaliação dos impactos da pandemia em todos os aspectos do atendimento do câncer em 11 países da ALC, incluindo: o impacto nas atividades de grupos e organizações de pacientes, a resposta dos centros de oncologia, as medidas tomadas para adaptar seu atendimento e as intervenções; bem como o impacto econômico em termos de despesas diretas e indiretas na ALC relacionados ao tratamento dos principais tipos de câncer, e uma projeção das futuras implicações de seus custos para a região.

## Métodos

Este relatório foi elaborado utilizando três diferentes metodologias para a coleta e geração de dados: pesquisa com organizações de pacientes (OP), pesquisa com médicos e uma análise do impacto econômico. **Pesquisa com organizações de pacientes:** Foi realizada uma pesquisa sobre o impacto da COVID-19 nas OP de câncer e seus pacientes na ALC utilizando uma ferramenta de pesquisa on-line para coletar informação, foram obtidas respostas de 102 líderes de PO na região da ALC, a maioria do Brasil, da Costa Rica, do México, da Argentina e da Colômbia. Este trabalho foi complementado com entrevistas qualitativas personalizadas a 17 líderes do México (5), da Argentina (4), da Colômbia (2), do Chile (3) e do Uruguai (3). **Pesquisa com médicos:** Uma pesquisa transversal multinacional foi distribuída aos prestadores de atendimento oncológico de toda a ALC usando uma ferramenta de pesquisa on-line e foram obtidas respostas de 266 prestadores de atendimento oncológico da Argentina, do Brasil, da Colômbia, da Costa Rica, do Chile, do Equador, do México, do Panamá, do Peru, da República Dominicana e do Uruguai. A pesquisa on-line incluiu perguntas sobre os seguintes tópicos: informação biográfica; disrupção no atendimento do câncer; tendências epidemiológicas; impacto na triagem e prevenção; impacto nas visitas à clínica; mudanças no tratamento; diagnóstico e gestão da COVID-19; e impacto econômico da pandemia. **Análise econômica:** Foi realizada uma avaliação econômica sanitária independente para estimar o impacto econômico dos atrasos de diagnóstico e interrupções de tratamento para pacientes da ALC, médicos, sistemas de saúde e governos através dos dados disponíveis. Com este modelo, foi calculada a carga que os sistemas de saúde e os governos experimentam em virtude deste problema complexo, e foi feita uma projeção das implicações e necessidades futuras em termos de atribuição de orçamento devido a mudanças de tendência no estágio de diagnóstico causadas pela pandemia. A análise concentra-se nos cinco tipos de câncer mais frequentes na região: próstata, mama, colorretal, pulmão e cervical.<sup>1</sup> Seis países são

examinados em detalhes, incluindo o Brasil, o Chile, a Colômbia, a Costa Rica, o México e o Peru. Os demais países da região são analisados em nível global, como “Outros países da ALC”, devido aos poucos dados publicados disponíveis para cada país individualmente.

Em nível regional, o impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento do câncer na ALC manifestou-se principalmente em três áreas: a oferta de serviços para o atendimento do câncer, a mortalidade e o impacto econômico para os pacientes e os sistemas de saúde.

## Oferta de serviços para o atendimento do câncer

Todos os participantes (100%) da pesquisa de prestadores de atendimento oncológico relataram algum tipo de interrupção no atendimento habitual, principalmente devido à saturação dos sistemas de saúde. Outras razões citadas pelos pacientes como dificuldades para acessar seu atendimento habitual foram as quarentenas e as proibições de viagem, o medo de contágio, os métodos de precaução adotados e as restrições financeiras. As interrupções de tratamento foram predominantes ao longo de 2020 (95%) e, em menor grau, em 2021 (85%). A maioria dos prestadores de atendimento oncológico informou que uma parte de seus pacientes foi forçada a abandonar completamente o tratamento por causas relacionadas à pandemia. As áreas mais afetadas pelas interrupções na região foram as de cirurgia e serviços de diagnóstico, que presumivelmente tiveram um impacto substancial, pois os pacientes sofreram atrasos e interrupções no acesso ao diagnóstico oportuno e tratamento cirúrgico.

80% dos participantes relataram que os programas e atividades de prevenção do câncer na região foram significativamente afetados pela pandemia, e 96% relataram uma diminuição específica na triagem por meio de mamografia. Isto afetará milhões de mulheres, já que o câncer de mama é o câncer mais comum entre as mulheres da região da ALC e é frequentemente curável se detectado em estágios iniciais, o que se torna possível principalmente por estes importantes programas de exames de rotina. O impacto potencial de interromper os esforços de diagnóstico e prevenção é substancial em termos de atrasos na definição de diagnósticos oportunos e no estadiamento de novos pacientes. Os efeitos desses atrasos serão vistos nos próximos meses e anos, à medida que os pacientes apresentarem uma doença mais avançada e os sistemas de saúde tiverem que enfrentar um acúmulo de pacientes. Se a situação observada na maioria dos países se tornar uma tendência, os impactos econômicos e sanitários combinados da pós-pandemia provavelmente sobrecarregarão os sistemas de saúde com uma demanda excessiva.

## Mortalidade

A relação entre o aumento da mortalidade por câncer e a pandemia de COVID-19 está amplamente documentada nos países de alta renda, com um aumento estimado entre 20% e 30%.<sup>2,3,4</sup> Embora dados semelhantes não estejam disponíveis atualmente para a ALC, é provável que o impacto seja ainda maior. Isto significa que morreriam no mínimo mais 210.000 pessoas a cada ano na ALC por causa do câncer. Por exemplo, somente no Peru, as mortes por câncer durante a emergência sanitária aumentaram 31%. Neste estudo, vários dados sustentam a noção de um grave impacto sobre a mortalidade por câncer devido à pandemia. Em média, 87% dos prestadores de atendimento oncológico pesquisados na região relataram um aumento na mortalidade por câncer em seus pacientes devido a atrasos e interrupções causadas pela pandemia. 93% dos médicos relataram estágios avançados do câncer no momento do diagnóstico, o que muitas vezes significa prognósticos menos favoráveis e opções de tratamento limitadas para o paciente. Além disso, 87% dos participantes relataram um aumento nos pacientes com recidiva de câncer. Calcula-se que o aumento dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) perdeu mais de 10 anos devido ao câncer em toda a região, representando até 105% em relação ao ponto de partida, perfazendo um total de 917.000 anos.

## Impacto econômico

Os pacientes com câncer e suas famílias sofreram graves consequências financeiras após a pandemia. Na pesquisa com organizações de pacientes, 89% e 86% relataram uma diminuição/perda de renda para os pacientes ou seus cuidadores, respectivamente. Além disso, o aumento dos desembolsos adicionais com tratamentos e o aumento das despesas domésticas associadas ao cuidado dos pacientes, como a contratação de cuidadores extras e a reforma da casa devido às restrições de mobilidade resultantes da COVID-19, criam uma situação alarmante, que agrava a vulnerabilidade inerente dos pacientes com câncer. O papel das mulheres como cuidadoras se intensificou como consequência da pandemia, muitas vezes aumentando sua vulnerabilidade econômica e emocional. Muitos pacientes também relataram a perda da cobertura de saúde pública ou privada. Este impacto é um dos mais preocupantes, pois pode durar no médio a longo prazo e afeta diretamente o acesso à assistência. Em muitos países da região, alguns tipos de cobertura estão diretamente vinculados ao emprego. Portanto, uma perda de emprego, também tem um impacto em termos de cobertura.

Por outro lado, os sistemas de saúde também enfrentam uma carga econômica iminente. 96% dos médicos esperam em seu país uma sobrecarga de pacientes com câncer após a pandemia e a maioria acredita que os sistemas de saúde não estão preparados para administrar essa demanda acumulada em termos de atribuição de orçamento ou disponibilidade de pessoal de saúde e instalações especializadas. Convém salientar que no México e no Peru cerca de 70% dos entrevistados observaram reduções nos orçamentos destinados para o atendimento do câncer por seus centros de saúde e pelo governo. Estima-se um impacto econômico total de até USD 10,7 bilhões por atrasos no diagnóstico e início do tratamento do câncer e interrupções do tratamento causadas pela pandemia de COVID-19 na ALC. Além disso, a capacidade econômica perdida em 10 anos devido ao câncer poderia aumentar para 8,3 bilhões de dólares, um aumento de 107% em relação ao cenário de base, com um aumento de até 155% no custo do tratamento do câncer em 5 anos para os sistemas de saúde, equivalente a 2,132 bilhões de dólares. O câncer de mama é responsável por aproximadamente 50% do impacto econômico total da pandemia impacto económico total da pandemia nos custos médicos associados ao tratamento do câncer, seguido pelo câncer cervical, expondo os graves impactos da pandemia na saúde da mulher.

Além disso, as conclusões deste relatório mostram que a pandemia de COVID-19 teve um impacto desproporcional nas mulheres da ALC, exacerbando a desigualdade de gênero na saúde e ameaçando o desenvolvimento e o bem-estar das mulheres em termos de saúde, emprego e bem-estar social. Para abordar as questões levantadas pelo impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento do câncer na ALC, são oferecidas recomendações para continuar respondendo a esta e a futuras pandemias priorizando a saúde, a proteção e o atendimento dos pacientes por governos comprometidos e sistemas de saúde resilientes. Isto é, políticas que evitem um custo social muito alto desta situação, que implica em uma sentença de morte sem sequer ter começado a percorrer o itinerário da doença.

## Resumo De Recomendações

**Defender políticas públicas e programas de apoio específicos** destinados a abordar os novos problemas enfrentados pelos pacientes criados pela deterioração da situação econômica na ALC, que afeta principalmente grupos vulneráveis, como os pacientes com câncer e seus cuidadores. A dimensão econômica do impacto da pandemia sobre as OP de câncer e seus pacientes é suscetível de ter um impacto sustentado, pelo menos no médio prazo. Portanto, as soluções devem ser desenvolvidas metodicamente e não apenas com uma perspectiva de curto prazo.

**As OP devem mapear novos atores e programas**, especialmente aqueles na esfera social, para criar sinergias que ajudem os pacientes com suas novas necessidades e apoiem a sustentabilidade dessas organizações, que tem sido desafiada pelo impacto econômico da pandemia, já que tanto a demanda quanto a oferta de atividades e serviços para pacientes e cuidadores aumentaram significativamente, enquanto sua renda diminuiu.

**Os governos devem reconhecer e compreender a carga de câncer reprimida** gerada pela pandemia e desenvolver uma estratégia dedicada e integral a fim de reduzir a mortalidade por câncer, mitigando os atrasos e interrupções na prevenção, diagnóstico e atendimento do câncer.

**Atribuir recursos suficientes para as despesas com câncer** de acordo com a demanda reprimida e o impacto econômico da pandemia no atendimento e controle do câncer em cada país.

**Incorporar uma perspectiva de gênero** para ampliar a compreensão dos problemas associados à pandemia de COVID-19 e ao atendimento do câncer, reconhecendo o impacto desproporcional sofrido pelas mulheres e meninas como pacientes e cuidadoras, e incorporando a perspectiva de gênero em todas as etapas da formulação de políticas, planos e estratégias.

**Continuar com os programas de prevenção do câncer** plenamente em vigor e implementar estratégias para superar a lacuna de triagem criada durante a pandemia, para atingir diagnósticos e intervenções oportunas.

**Garantir a continuidade na prestação de serviços de atendimento ao câncer**, incluindo prevenção, diagnóstico, cirurgia, tratamento e acompanhamento durante futuros surtos e crises de saúde, desenvolvendo estratégias específicas a fim de estar mais bem preparados.

**Combater a escassez e a má distribuição de recursos na ALC** otimizando os recursos humanos existentes e aproveitando a tecnologia.

**Implementar uma campanha de comunicação e conscientização** visando à educação do pessoal de saúde, dos pacientes com câncer e seus cuidadores para enfrentar a nova realidade e adotar as lições aprendidas com esta pandemia como parte integrante da nova normalidade no atendimento do câncer.

**Incentivar a pesquisa local** sobre os impactos das diversas medidas, adaptações e decisões tomadas na prestação de cuidados oncológicos em função da pandemia, a fim de criar uma abordagem baseada em evidências para o futuro.



# Introdução

A saúde pública global foi assolada pela mais grave pandemia infecciosa deste século causada pelo vírus SARS-COV-2. Desde dezembro de 2019, a carga da pandemia de COVID-19 deslocou cada vez mais as prioridades tradicionais de saúde e alterou os critérios de priorização da gestão em saúde. O resultado disto foi prejudicial para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de muitas doenças, incluindo o câncer e a ALC não foi a exceção.

O espectro completo do atendimento do câncer, desde a prevenção até a sobrevivência, foi comprometido pela prevalência da pandemia de COVID-19. Em 2020, 1,5 milhões de pessoas foram diagnosticadas com câncer na ALC, sendo o de próstata e o de mama os mais frequentes em homens e mulheres, respectivamente. O câncer é a segunda principal causa de morte na ALC, com mais de 700.000 mortes registradas em 2020, e a previsão é que sua incidência aumente nos próximos anos devido ao envelhecimento da população e às mudanças no estilo de vida. Esta carga já apresentava desafios significativos para a região, que foram agravados pela contingência.

Na ALC, o panorama de saúde antes da pandemia já estava permeado por sistemas de saúde fragmentados e subfinanciados, com desigualdades nos níveis de acesso a atendimento de qualidade. As exigências imediatas da pandemia desviaram recursos, tanto econômicos quanto humanos, para estratégias de contenção destinadas a limitar a perda de vidas. As medidas de saúde pública, tais como fechamentos e quarentenas aplicadas em toda a região, entrelaçaram-se com a crise econômica premente, criando e agudizando desafios relacionados com o acesso à triagem, diagnóstico e tratamento do câncer em toda a região. Além disso, a pandemia de COVID-19 teve um impacto desproporcional nas mulheres da ALC, agravando a atual crise de desigualdade de gênero que afeta as esferas sanitária, social, econômica e política.

Quando a pandemia começou, os serviços de saúde de rotina foram interrompidos e muitos dos trabalhadores da saúde que geralmente atendiam pacientes com câncer ou outras doenças não transmissíveis foram realocados para responder à COVID-19. Os pacientes com câncer são particularmente vulneráveis aos efeitos da pandemia, pois podem enfrentar infecções potencialmente mortais e interrupções e/ou atrasos em seu atendimento oncológico. Isto também coloca este grupo de pessoas diante de um maior risco de adoecer gravemente ou morrer se contraírem COVID-19. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os países devem buscar maneiras inovadoras de garantir a continuidade do atendimento das pessoas com doenças não transmissíveis, incluindo o câncer, ao mesmo tempo em que abordam o atendimento da COVID-19. Os países não podem tratar esta situação como se houvesse escolha entre uma coisa ou outra.

Oncologistas e pacientes em todo o mundo foram desafiados a se adaptarem às circunstâncias e equilibrar a continuidade do atendimento com uma exposição limitada ao risco de contrair COVID-19. Muitos consultórios oncológicos implementaram medidas como a adoção de telemedicina, o aumento dos intervalos de acompanhamento, a redução de procedimentos eletivos ou não essenciais e a alta de pacientes hospitalizados.<sup>5,6</sup> Provavelmente o impacto negativo da pandemia será maior nos países de baixa e média renda, como os da ALC, devido aos recursos já limitados, a má distribuição geográfica do atendimento médico, o pouco acesso à tecnologia e às desigualdades globais na distribuição de vacinas.<sup>7,8</sup> Este estudo tem como objetivo analisar e estimar o impacto da pandemia em todos os aspectos do tratamento do câncer em 11 países da ALC, incluindo: o impacto nas atividades de grupos e organizações de pacientes; a resposta dos centros de oncologia; as medidas tomadas para adaptar a prestação do atendimento e as intervenções; o impacto econômico em termos de gastos diretos e indiretos com câncer para os principais

tipos de câncer na ALC; e uma projeção das futuras implicações nos custos para a região. São fornecidas recomendações para continuar respondendo à atual e futuras pandemias de forma que os pacientes possam se manter saudáveis, protegidos e atendidos por sistemas de saúde resilientes.

## Metodologia

Este relatório foi elaborado utilizando três metodologias diferentes para a coleta e geração de dados: pesquisa com organizações de pacientes (OP), pesquisa com médicos e uma análise e estimativa do impacto econômico. Assim que estas três partes foram agrupadas, o painel de especialistas revisou o artigo para efetuar edições contextuais e obter a aprovação final.

### Pesquisa a organizações de pacientes

O Grupo Catalyst, através da United Patients, sua plataforma de treinamento on-line para OP, conduziu uma pesquisa sobre o impacto da COVID-19 nas organizações de pacientes com câncer e seus pacientes na ALC. O Catalyst utilizou uma ferramenta de pesquisa on-line para coletar informações, das quais foram obtidas respostas de 102 líderes de OP na região da ALC, a maioria do Brasil, Costa Rica, México, Argentina e Colômbia (ver a Tabela 1).

Este trabalho foi complementado com entrevistas qualitativas personalizadas a 17 líderes do México (5), da Argentina (4), da Colômbia (2), do Chile (3) e do Uruguai (3). As pesquisas e entrevistas foram realizadas entre maio e julho de 2021. O conteúdo da pesquisa é dividido em quatro partes principais para analisar como, mais de um ano após seu surgimento, a pandemia afetou a OP. Isto inclui: a) o acesso dos pacientes ao atendimento médico; b) o impacto econômico; c) o impacto da pandemia nos serviços das organizações; e d) a resposta à COVID-19. Nesta análise, o foco está nos impactos gerais da pandemia nas organizações e seus pacientes, e o impacto econômico causado pela mesma. Estes resultados apoiam o relatório com citações e histórias, bem como detalham o impacto econômico nos pacientes que seria difícil coletar através da pesquisa on-line ou de médicos especialistas.

### Pesquisa de percepção dos médicos

#### Design e instrumento de estudo

Uma pesquisa transversal multinacional foi distribuída aos prestadores de atendimento oncológico em toda a ALC. Uma equipe de oncologistas e pesquisadores de toda a ALC elaborou um instrumento para coleta de dados em forma de pesquisa on-line que consistia em 45 perguntas. Um grupo de sete oncologistas validou o conteúdo e avaliou a pesquisa em uma amostra de oncologistas da ALC para garantir que todas as perguntas

**Tabela 1. Quantidade e distribuição de respostas por país**

País	Respostas	(%   N°)
Argentina	10,78	11
Brasil	13,73	14
Chile	7,84	8
Colômbia	10,78	11
Costa Rica	12,75	13
República Dominicana	4,90	5
Equador	3,92	4
México	11,76	12
Panamá	9,80	10
Peru	8,82	9
Uruguai	4,90	5
Entrevistados		102
Não entrevistados		2

fossem claras e compreensíveis. Foram feitas mudanças adequadas com base em suas sugestões. A pesquisa on-line incluiu perguntas sobre os seguintes tópicos: informação biográfica; percepção de interrupção no tratamento do câncer; tendências epidemiológicas; percepção sobre o impacto na triagem e prevenção; impacto nas visitas à clínica; mudanças no tratamento; diagnóstico e gestão da COVID-19; e percepção do impacto econômico da pandemia. As perguntas incluídas foram elaboradas com base em uma revisão bibliográfica sobre o tema e na experiência pessoal da equipe.

### Participantes

Esta pesquisa, disponível em português, espanhol e inglês, foi divulgada eletronicamente através da plataforma Crowdsignal entre junho e setembro de 2021. A pesquisa foi completada por 266 prestadores de atendimento oncológico de instituições públicas e privadas de 11 países da ALC: a Argentina, o Brasil, a Colômbia, a Costa Rica, o Chile, a República Dominicana, o Equador, o México, o Panamá, o Peru e o Uruguai. Os prestadores de atendimento oncológico visados no estudo estavam envolvidos no atendimento clínico do câncer e estavam cientes da resposta de seus centros. Ver a Tabela 2 para conhecer as características da população.

### Análise de dados

As respostas da pesquisa foram coletadas e registradas de forma anônima. Após a conclusão do processo de coleta de dados, os dados de cada país foram exportados individualmente e compilados para análise. Análises descritivas foram realizadas por agrupamento de dados para cada categoria e questão. Foi implementada uma estratégia de clustering para relatar os dados da seguinte forma: a América Central e o Caribe (Panamá, República Dominicana, Costa Rica); a Região Andina (Colômbia, Peru, Equador); o Cone Sul (Argentina, Chile, Uruguai); o Brasil, e o México. Esta estratégia foi utilizada para garantir uma análise consistente, devido às respostas limitadas da pesquisa nos países agrupados. Devido ao arredondamento dos valores percentuais, alguns totais podem não corresponder à soma das cifras isoladas.

Tabela 2. Características da amostra da pesquisa

Característica	N° (%)
Quantidade total de participantes por país	
Argentina	32 (12,03)
Brasil	25 (9,39)
Colômbia	26 (9,77)
Costa Rica	13 (4,89)
Chile	13 (4,89)
Equador	46 (17,29)
República Dominicana	14 (5,26)
México	43 (16,16)
Panamá	12 (4,51)
Peru	19 (7,14)
Uruguai	23 (8,66)
Total	266 (100)
Total de tipos de especialidades	
Oncologista clínico	158
Oncologista cirúrgico	57
Radio-oncologista	10
Cirurgião geral	8
Especialista em cuidados paliativos	6
Hematologista	6
Patologista	6
Ginecologista	5
Outros	10
Quantidade total de instituições de saúde	
Hospital público somente	59
Hospital público e centro acadêmico	11
Hospital privado somente	71
Hospitais públicos e privados	77
Hospital privado e centro acadêmico	12
Centro acadêmico público e privado	18
Centro acadêmico somente	13
Outros	6
Média de novos casos atendidos / ano	795

## Análise do impacto econômico

Foi realizada uma avaliação econômica sanitária independente para estimar o impacto econômico dos atrasos no diagnóstico e interrupções do tratamento para pacientes, médicos, sistemas de saúde e governos da ALC através dos dados disponíveis. Usando este modelo, foi calculada a carga que os sistemas de saúde e os governos experimentam por causa deste problema complexo, e foi feita uma projeção das implicações e necessidades futuras em termos de atribuição de orçamento devido a mudanças no estágio de diagnóstico causado pela pandemia. A análise se concentra em cinco dos cânceres mais prevalentes na região: próstata, mama, colorretal, pulmão e cervical.<sup>1</sup> Seis países são examinados em detalhes, incluindo o Brasil, o Chile, a Colômbia, a Costa Rica, o México e o Peru. Os demais países da região são analisados em nível global, como “Outros países da ALC”, devido aos poucos dados publicados disponíveis para cada país individualmente.

A pandemia de COVID-19 causa vários impactos diretos e indiretos sobre o câncer. Este modelo focalizou os seguintes aspectos: a) custo adicional do tratamento para o sistema de saúde; b) desvio das despesas anuais com câncer em comparação com um cenário anterior à pandemia; c) perda de capacidade econômica, pois mais pessoas com câncer morrerão ou viverão mais tempo com a doença; e d) despesas públicas para combater a pobreza em lares empobrecidos devido a desembolsos fora do orçamento associados ao tratamento da doença em um estágio clínico mais avançado. Foi utilizada a seguinte metodologia para cada um deles:

- a.** Mudança no estágio clínico, que mede o aumento do custo do tratamento em 5 anos causado por uma mudança no estágio do câncer, em função de atraso no diagnóstico ou início do tratamento dos novos casos e interrupção do tratamento dos pacientes existentes, já que o custo do atendimento geralmente aumenta em um estágio mais avançado.
- b.** O mesmo método de estimativa foi usado para avaliar a variação dos gastos anuais com o tratamento do câncer em comparação com um cenário sem a COVID-19 durante 2020-2023. Como os pacientes atuais e os novos casos sofreram atrasos ou adiamentos no tratamento desde o início da pandemia, alguns deles morrem antes de iniciar ou retomar o tratamento, e outros iniciam ou retomam o tratamento em um estágio clínico mais avançado.
- c.** Foi usada a metodologia da carga da doença para estimar o PIB (produto interno bruto) perdido durante 10 anos devido a novos casos e pacientes que morrerão antes ou viver mais tempo com a doença por causa do adiamento ou atraso do tratamento.
- d.** Foi utilizada a metodologia de catástrofe financeira/ empobrecimento, que mede a quantidade de pessoas que caem em catástrofe financeira e empobrecimento, bem como os gastos governamentais em 10 anos para combater a pobreza dos lares empobrecidos por desembolsos fora de seu orçamento (Figura 1).

As estimativas do modelo abrangem três cenários: de referência, cenário A e cenário B. Estes cenários são o resultado de diferentes hipóteses sobre as seguintes variáveis: (i) A porcentagem de pessoas que sofrem atrasos ou interrupções no tratamento, (ii) a duração do atraso no diagnóstico ou adiamento do tratamento, e (iii) a duração do período em que a pandemia teve os efeitos mais críticos.

O cenário de referência pressupõe que os efeitos mais críticos da pandemia (por exemplo, confinamentos e redução da capacidade do sistema de saúde) ocorrem de março de 2020 a março de 2022. Com base na

revisão da literatura, este cenário afirma que, em 2020, 72% dos novos casos de câncer foram afetados pela pandemia, enquanto em 2021 e 2022 esta proporção terá diminuído em 40% a cada ano, e a duração do atraso no diagnóstico ou no início do tratamento terá durado 6 meses. Quanto aos pacientes, estima-se que 38% terão adiado seu tratamento, e estes adiamentos terão durado 3 meses.

O cenário A reflete um aumento em relação ao cenário de referência de 10 pontos percentuais (p.p.) na porcentagem de pessoas afetadas, um aumento de 3 meses na duração do atraso do tratamento para novos casos, e um aumento de 2 meses nos adiamentos de tratamento para pacientes. O cenário B considera que os efeitos mais críticos da pandemia se prolongarão até dezembro de 2022, seguindo as mesmas previsões do cenário A para novos casos, com um aumento na porcentagem de pacientes afetados pelo adiamento do tratamento de aproximadamente 68%.

As estimativas fornecidas neste relatório foram desenvolvidas utilizando um modelo que incluiu 18 variáveis diferentes. São necessários pontos de dados (data points) para cada uma das variáveis em nível de país, exceto para as variáveis 8, 17 e 18; e em nível de tipo de câncer, exceto para as variáveis 14 e 16. As variáveis 1 a 6 são a base para os três métodos de estimativa (mudança de estágio clínico, carga da doença e catástrofe financeira). Além disso, a mudança de estágio clínico utiliza as variáveis de 7 a 12, a carga de doença de 7 a 8 e de 12 a 15, e a catástrofe financeira de 16 a 18 (Figura 2). O Anexo 1 contém uma descrição detalhada da metodologia para cada subconjunto.

Figura 1. Marco do impacto econômico da COVID-19 no atendimento do câncer

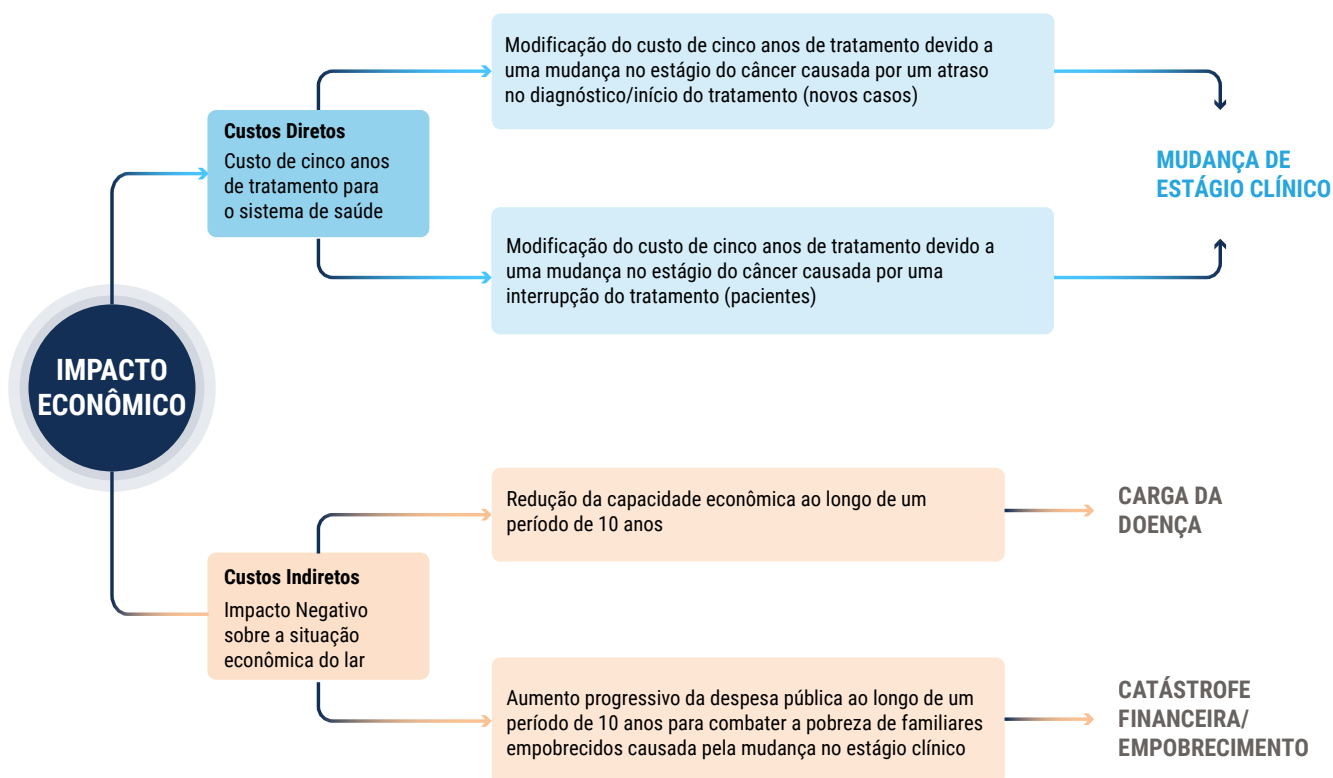


Figura 2: Observações gerais sobre as variáveis requeridas para as estimativas

	Variável	Método de estimação	Descrição
1	Meses de média de atraso / interrupção no tratamento		Quantidade de meses de atraso ou interrupção no tratamento durante a pandemia.
2	Proporção de pacientes afetados pela COVID		% de pacientes de câncer que interromperam ou atrasaram seu tratamento
3	Novos casos estimados para 2020, 2021 e 2022		Quantidade de novos casos de câncer em um período de tempo específico
4	Quantidade estimada de pacientes para 2020, 2021 e 2022		Quantidade de pacientes de câncer em tratamento a partir desse ano
5	Distribuição da incidência por estágio		A distribuição dos novos casos de câncer diagnosticados por estágio clínico do câncer
6	Distribuição dos pacientes em tratamento por estágio		Distribuição de pacientes tratados por estágio clínico do câncer
7	Taxa de sobrevivência em 5 anos por estágio		Probabilidade de estar vivo durante 5 anos depois do diagnóstico por estágio
8	Quociente de riscos observado por estágio		A velocidade na qual muda o risco de mudança no estágio clínico diante de um atraso no tratamento
9	Custo do tratamento em 5 anos por estágio		Custo para o paciente do tratamento do câncer em 5 anos por estágio
10	Relação de custo do tratamento durante o primeiro ano		Proporção do custo do primeiro ano do tratamento do câncer em relação ao resto dos anos
11	Orçamento de saúde em 5 anos para o tratamento do câncer		Orçamento de saúde pública destinado a cada tipo de câncer durante 5 anos
12	Orçamento de saúde anual para o câncer		Orçamento de saúde destinado a cada tipo de câncer para 2020, 2021 e 2022
13	Taxa de sobrevivência de 1 a 4 anos por estágio		Probabilidade de estar vivo x quantidade de anos (de 1 a 4) depois do diagnóstico por estágio
14	PIB médio per capita durante 10 anos		Produto Interno Bruto distribuído pelo número de habitantes por 10 anos
15	Relação média entre os anos de vida perdidos (YYL) e os anos de vida ajustados por incapacidade (DALY)		A relação que representam os YYL (anos de vida perdidos por morte prematura) sobre o total de DALY (inclui os YYL mais os Anos Vividos com a Incapacidade)
16	Despesa social em pobreza durante 10 anos		Despesas que os governos têm que realizar para combater a pobreza por lar
17	Relação entre empobrecimento e catástrofe financeira		Proporção entre empobrecimento e a catástrofe financeira
18	Relação de probabilidade de cair em uma catástrofe financeira		Probabilidade de chegar a uma catástrofe financeira por estágio de câncer

PIB: produto interno bruto

Mudança de estágio clínico
 Carga da doença
 Catástrofe financeira / Empobrecimento

RESULTADOS DA PESQUISA A  
ORGANIZAÇÕES DE PACIENTES:  
O IMPACTO DA COVID-19 EM  
PACIENTES COM CÂNCER SEGUNDO  
AS ORGANIZAÇÕES DE PACIENTES  
DA AMÉRICA LATINA

# O IMPACTO DA COVID-19 EM PACIENTES COM CÂNCER SEGUNDO AS ORGANIZAÇÕES DE PACIENTES DA AMÉRICA LATINA (OP)

## Resumo dos impactos

O impacto da pandemia de COVID-19 nos pacientes com câncer e nas organizações que defendem seus direitos na ALC foi significativo, acrescentando uma nova dimensão que precisa ser analisada com precisão. Isto é aplicável especialmente na esfera econômica, o que requer intervenções específicas. A situação socioeconômica afetou os pacientes com câncer e seus cuidadores, especialmente aqueles com poucos recursos econômicos. Um de seus principais impactos foi a perda do acesso ao diagnóstico precoce, bem como aos tratamentos que recebem, levando a uma deterioração de sua expectativa e qualidade de vida. As OP de câncer da região também relataram a deterioração das condições econômicas que afetam as próprias organizações, bem como os cuidadores dos pacientes, afetando as estruturas de apoio aos pacientes e aprofundando a vulnerabilidade de sua situação. Considerando que 2 em cada 3 cuidadores são mulheres ou meninas, o aumento da carga que a pandemia de COVID-19 causou para os cuidadores recaiu principalmente sobre este grupo.

Como parte dos novos desafios enfrentados pelas OP, vários estão relacionados ao impacto econômico da pandemia, já que tanto a oferta quanto a demanda por suas atividades e serviços para pacientes e cuidadores aumentaram consideravelmente. No entanto, as organizações relatam uma perda de renda no mesmo período. Este cenário pode colocar as organizações e sua sustentabilidade em risco, o que afetaria diretamente os pacientes que dependem fortemente do trabalho destas organizações para ter acesso aos serviços de saúde.

Neste contexto, é necessário produzir uma resposta específica para enfrentar os novos desafios, tanto através de programas específicos das próprias organizações quanto por meio de políticas públicas que reconheçam e abordem estas questões. Isto é, políticas que evitem um custo social muito alto desta situação, que implica em uma sentença de morte sem sequer ter começado a percorrer o itinerário da doença.

## Acesso e oferta de serviços de saúde

Um dos principais efeitos da pandemia nas OP de câncer na região é o acesso e a oferta de serviços de saúde. Por exemplo, no Brasil, durante a primeira fase da pandemia, foi observada uma diminuição significativa na quantidade de pacientes submetidos a tratamento nos centros oncológicos. Isto teve implicações não só para os pacientes, mas também para os prestadores de atendimento médico, que se depararam com decisões difíceis em relação ao tratamento geral da saúde e do câncer de seus pacientes durante a pandemia.<sup>9</sup>

De fato, a maioria das organizações relata que o acesso dos pacientes à detecção precoce deteriorou-se consideravelmente, em parte devido às novas regulamentações sanitárias combinadas com o medo dos pacientes de se contagiarem. Pelas mesmas razões, outra tendência em nível regional é a diminuição do acesso aos exames de rotina e de acompanhamento.

De acordo com uma pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde sobre doenças não transmissíveis, incluindo o câncer, em sete países da ALC, as mudanças nos serviços de controle do câncer resultaram na remoção de procedimentos específicos, na diminuição da demanda devido ao medo de contágio e confinamento e na necessidade de atribuir mais recursos para combater os efeitos da COVID-19.<sup>10</sup> Por exemplo, somente no Peru, as mortes por câncer durante a emergência sanitária aumentaram em 31%.<sup>11</sup>



Antes da pandemia, de acordo com estudos de pacientes com câncer em países como o Brasil, o Egito, a Índia, a Líbia, a Nigéria, o Peru e a Tailândia, em média 45% dos participantes tinham um diagnóstico nos estágios III e IV. Isto contrasta com países desenvolvidos, como o Canadá ou a Suécia, onde é de apenas 8%. Levando em conta os efeitos da COVID-19 em toda a ALC, esta realidade aumentou.

Na pesquisa realizada com organizações, 67% relataram que os pacientes haviam sofrido atrasos na obtenção de tratamento e atendimento médico, 15% que os pacientes não conseguiram obter seus tratamentos, enquanto 18% não relataram nenhum atraso (Figura 3). Os atrasos na recepção de tratamentos e atendimento médico, conforme o entendimento geral, abrangem desde visitas ao médico até procedimentos especializados. De acordo com a pesquisa, os maiores atrasos ocorreram nas visitas ao médico, nos exames de acompanhamento de pacientes já diagnosticados e nos serviços de detecção precoce.

Embora haja disparidade entre os países, em geral há deficiências na disponibilidade de serviços do setor público na região. Na maioria dos países existem grandes deficiências em equipamentos oncológicos e dificuldades de acesso devido a barreiras administrativas em alguns países, acarretando longos tempos de espera, que afetam os resultados do tratamento.<sup>12</sup>

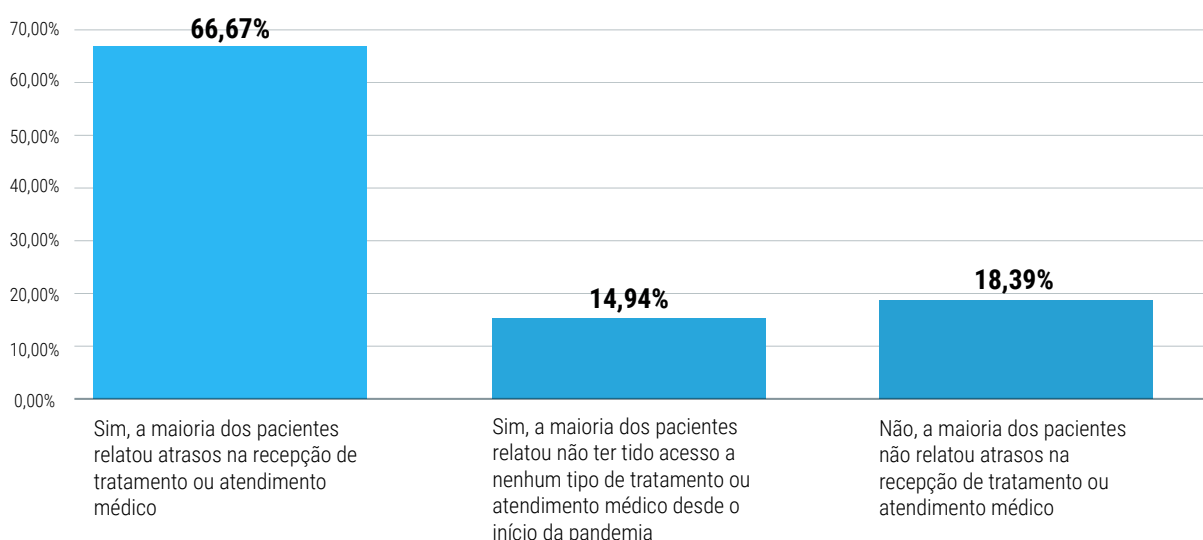
*“As questões logísticas de acesso são fundamentais: não poder se deslocar, não poder ir à consulta médica, minimizar os pontos de contato com o sistema de saúde. Mudar isso deveria ser uma parte urgente das exigências às autoridades”.*

*María de San Martín, Associação Donde Quiero Estar*

*Argentina*

**Figura 3. Atrasos na recepção de tratamento ou no atendimento médico relatados pelos pacientes**

Em geral, a maioria de seus pacientes relatou atrasos no recebimento de tratamento ou atendimento médico? O tratamento ou atendimento médico inclui todas as formas de detecção precoce (ou seja, triagem)



## Acesso aos serviços de saúde durante a pandemia e novas formas de atendimento

Enquanto o outro lado da moeda é a aceleração do acesso aos serviços de telessaúde, o mesmo é desigual em toda a região e há problemas de acesso a serviços de qualidade. De acordo com a “Pesquisa Global de Tendências Médicas 2021”, pelo menos 50% das seguradoras do mundo oferecem serviços de telemedicina e a ALC está dentro da média com 46% de participação.<sup>13</sup> Além disso, alguns serviços de saúde associados ao atendimento do câncer requerem a presença do paciente para acompanhamento, de modo que não é possível deslocar todo o atendimento para canais virtuais.

Considerando o impacto econômico significativo da pandemia nos pacientes e na sociedade em geral, as OP viram um aumento significativo na demanda por seus serviços de saúde, tais como ajudar os pacientes a cobrir os custos associados a questões básicas (despesas indiretas) de acesso, como transporte e alojamento para comparecer às consultas. Do mesmo modo, novas ferramentas virtuais e o uso de serviços de saúde digitais também levaram as organizações a oferecer treinamento no uso desses novos canais, pois existe uma lacuna por parte dos estados na oferta desse tipo de treinamento.

Embora as consultas por videoconferência tenham fornecido um tipo de solução para o acesso dos pacientes aos seus médicos durante a pandemia, também é uma prática que tem sérias limitações: não é possível realizar um exame físico do paciente, os pacientes muitas vezes precisam de treinamento para usar a tecnologia, e há custos relacionados com a tecnologia e a conectividade à Internet. Entre os entrevistados, 37% afirmaram que a maioria dos pacientes relatou não ter acesso a consultas médicas por meio de videoconferência, enquanto 26% indicaram que seus pacientes tiveram acesso através do sistema público, e 20% acessaram através do sistema público ou privado. Os planos para melhorar o acesso à telessaúde devem incluir ferramentas concretas para os pacientes, tentando garantir que o custo vinculado ao acesso à saúde na região não aumente ainda mais, considerando que a questão dos recursos financeiros é uma restrição real.

## Advocacia e uma nova dinâmica

Outra área que teve que ser revisada pelas OP é a de advocacia, visto que a dinâmica mudou. Com o novo foco da saúde no centro das preocupações públicas, há áreas emergentes onde os tomadores de decisão são vistos e surgem novas oportunidades para colocar questões relevantes na agenda pública, por exemplo, nas discussões virtuais. É importante que as organizações estejam preparadas para aproveitar esses espaços e tenham um mapa de seus principais atores e dos espaços em que participarão, a fim de posicionar suas mensagens e interações de forma oportuna. Em relação a este ponto, foi perguntado às organizações como a pandemia afetou seus esforços de advocacia. Dos entrevistados, 51% relataram que o aspecto que mais se deteriorou durante a pandemia foi o acesso ao diagnóstico oportuno, seguido pela detecção precoce do câncer em 44%, e o acesso ao tratamento do câncer em 44%.

Entre outras mudanças internas, o uso de canais digitais para comunicação com os pacientes e seus cuidadores foi reforçado, o que é uma exterioridade positiva da pandemia. As organizações indicaram um aumento do uso de WhatsApp (90%), ligações telefônicas (77%) e de redes sociais (82%) para manter o contato com seus pacientes. Vale salientar que a resposta à COVID-19 nos diferentes países da região foi díspar, mas geralmente inadequada.

## O papel das organizações na vacinação contra a COVID-19

O acesso à vacinação COVID-19 progrediu lentamente, e a vulnerabilidade à COVID-19 dos pacientes com câncer e a falta de políticas governamentais específicas para este grupo contribuíram para uma interrupção significativa no acesso aos tratamentos adequados para os pacientes com câncer na região. A OP assumiu um papel importante no fornecimento de informações sobre a vacina a seus pacientes. Dos entrevistados em nível regional, 46% relataram que sua organização forneceu recomendações de vacinas em colaboração com hospitais e parceiros profissionais médicos. Cerca de 23% desenvolveram suas próprias recomendações, e as organizações que forneceram informações oportunas aos seus pacientes totalizaram 69%. Por outro lado, 31% admitiram que sua organização não forneceu recomendações e simplesmente encaminharam pacientes aos ministérios da saúde para apoio e orientação.

## Impacto econômico da pandemia de COVID-19 nas organizações de pacientes de câncer e seus pacientes na América Latina

Um dos principais impactos que a pandemia teve nos países da região é o econômico. A perda de empregos foi dramática, e os efeitos foram sentidos mais no segundo trimestre de 2020, onde se estima que aproximadamente 47 milhões de empregos foram perdidos na ALC.<sup>14</sup> No Brasil, houve uma queda de 8% no emprego e os custos salariais caíram em 4%. No Chile, os custos salariais caíram em mais de 10% anualmente. Em outros lugares da região, os custos salariais totais caíram no Uruguai (5%), Argentina (9%), Costa Rica (15%) e Peru (mais de 25%)<sup>15</sup>

Os indicadores macroeconômicos da região são muito claros a este respeito: PIB, dívida pública, déficit, aumento da pobreza, entre outros. Na ALC, as pequenas e médias empresas, que representam mais de 50% do emprego formal, foram duramente afetadas. Somado a isso estão os altos índices de informalidade, que tornaram as famílias mais vulneráveis aos efeitos da pandemia.<sup>16</sup>

Por exemplo, somente na Colômbia, as brechas sociais da pobreza e da extrema pobreza cresceram em nível nacional, de acordo com a pesquisa do Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE) de março de 2021, Pulso Social,<sup>17</sup> que mediu o impacto do primeiro ano da pandemia. Atualmente, 2,3 milhões de lares fazem apenas duas refeições por dia, 70% dos chefes de família não conseguem economizar nenhuma parte de sua renda e outros 19% não possuem renda. Além disso, de acordo com o banco de dados Sisbén IV, 4,6 milhões de pessoas foram identificadas em situação de pobreza extrema, outras 8,5 milhões em pobreza moderada e mais de 7,9 milhões são classificadas como vulneráveis.

No contexto do universo de pacientes com câncer e suas famílias, o impacto econômico tem um efeito direto no acesso aos serviços de saúde, incluindo diagnóstico e tratamento, tornando necessário criar novos programas sociais especificamente dirigidos a este grupo, pessoas que têm novas demandas específicas.

*“É muito grave a situação de extrema pobreza dos pacientes, cuja situação socioeconômica era ruim e piora. Em alguns casos, até mesmo o diagnóstico passa a um segundo plano”.*

Peter Czanyo, Fundação Pacientes de Câncer de Pulmão  
Argentina

Várias OP da região têm enfatizado o impacto do aspecto econômico nos pacientes: Na Argentina, o peso dos custos indiretos, tais como traslados a serem feitos com cuidado apropriado, medicamentos não cobertos, etc., teve um efeito maior na renda como consequência da deterioração geral das condições econômicas. Na Colômbia, o panorama econômico é desolador e a recuperação tem sido lenta. Somente na capital Bogotá, mais de 53.000 empresas fecharam, de acordo com dados da Câmara de Comércio.

O panorama geral da região indica uma deterioração nas finanças das organizações pesquisadas, especialmente em países como México (82%) e Brasil (75%). Alguns dos mecanismos tradicionais de captação de recursos das OP têm a ver com eventos beneficentes que não puderam ser realizados sob as novas circunstâncias. Por isso, as organizações devem encontrar formas alternativas de financiamento e aperfeiçoar progressivamente seu impacto a fim de obter financiamento semelhante. Esta também é uma oportunidade de encontrar patrocinadores para atividades e doadores de fundos de outros setores além dos tradicionais, o que se tornou uma possibilidade dado que o setor de saúde está no centro da atenção de todos. Em uma análise mais detalhada das questões na seção econômica do relatório, foram elucidadas conclusões relevantes.

A resposta mais frequente foi uma diminuição ou perda de renda para os pacientes, em quase todos os casos. Esta situação é alarmante, pois agrava a vulnerabilidade inerente dos pacientes com câncer. De acordo com a pesquisa, a diminuição/perda de renda dos pacientes foi apontada por 89% dos entrevistados, seguida pela diminuição/perda de renda dos cuidadores com 86%. Adicionalmente, devem ser acrescentados desembolsos adicionais de tratamento e despesas domésticas associadas ao cuidado do paciente, tais como a contratação de cuidadores extras e a reforma da casa devido às restrições de mobilidade relacionadas à COVID-19.

Na ALC, o desembolso adicional é um dos maiores do mundo, uma situação que se agravou com a pandemia. Isto foi refletido nas pesquisas realizadas, onde organizações assinalaram que esta realidade é especialmente importante em países como o México (100%) e a Argentina (90%). Neste sentido, a diminuição da renda dos pacientes se traduz diretamente na redução do acesso ao atendimento médico, e pode até implicar a perda da cobertura de saúde, que muitas vezes depende do emprego.

O segundo ponto mais mencionado pelas organizações é a perda de renda experimentada pelos cuidadores. Esta situação repercute substancialmente na qualidade de vida dos pacientes, já que grande parte dela depende diretamente do papel dos cuidadores. Os cuidadores tiveram que buscar meios de subsistência alternativos, o que pode reduzir as horas disponíveis para o cuidado dos pacientes. Isto se traduz claramente em uma diminuição da qualidade de vida dos pacientes e até mesmo em barreiras adicionais para acessar o tratamento, pois os cuidadores se responsabilizam por tarefas como acompanhá-los aos centros de saúde para consultas, exames de rotina, diagnóstico ou tratamento. Os cuidadores também influenciam a qualidade de vida do lar ao cuidar de muitas tarefas diárias que os pacientes não conseguem realizar. É importante salientar que os cuidadores costumam cuidar das crianças em casa, que tiveram que passar vários meses estudando de forma virtual. Assim, o tempo dedicado ao paciente também deve ser compartilhado com estas novas responsabilidades.

Por outro lado, os cuidadores - um papel que recai principalmente sobre as mulheres e as meninas - também sofreram uma carga maior durante a pandemia. Deparam-se com uma multiplicidade de desafios, incluindo malabarismos com seu próprio trabalho, responsabilidades de cuidado (geralmente não remuneradas) e suas próprias necessidades pessoais e de saúde, que muitas vezes acabam sendo sacrificadas. As mulheres e meninas que são cuidadoras correm maior risco de ter problemas de saúde física e mental, incluindo depressão e ansiedade. A pandemia de COVID-19 exacerbou ainda mais este papel, que muitas vezes é negligenciado por não ser medido em indicadores tradicionais de produtividade econômica.

Os três seguintes critérios de resposta, embora menos comuns, foram mencionados por mais da metade dos entrevistados, afetando assim a maioria das organizações. Em primeiro lugar, e um dos efeitos mais graves, é a perda da cobertura de saúde, pública ou privada, por parte dos pacientes. Este impacto é um dos mais preocupantes, pois pode durar de médio a longo prazo e também pode ser muito grave em termos de acesso ao

tratamento. Em muitos países da região, alguns tipos de cobertura estão diretamente vinculados ao emprego (através de seguros públicos e privados). Portanto, uma perda de emprego, também tem um impacto em termos de cobertura. Esta constatação é particularmente importante do ponto de vista das políticas públicas e das medidas de contenção que devem ser previstas pelos serviços públicos. Por outro lado, também apresenta claras oportunidades de incidência para que a organização tenha um impacto direto na qualidade de vida dos pacientes mais afetados pela COVID-19.

## Atrasos no acesso ao atendimento médico devido ao custo, de acordo com os pacientes

Em termos de adiamento do acesso ao atendimento médico, a maioria dos entrevistados relatou um atraso (26% a maioria dos pacientes e 32% alguns pacientes, para um total de 58%), enquanto 42% não relatou nenhum. Em análise mais detalhada, os países que relatam atrasos mais significativos são o Equador, com 67%, e o México, com 64%. Esta questão pode estar relacionada tanto com o aumento dos desembolsos adicionais quanto com a perda da cobertura trabalhista mencionada anteriormente. As consequências do atraso no acesso ao atendimento médico devido ao custo podem ser resumidas em duas áreas principais: 1) Pacientes com casos médicos mais complexos que requerem tratamentos especializados que às vezes não estão disponíveis em todos os países da região; 2) uma sobrecarga potencial dos serviços de saúde, levando a estrangulamentos que resultarão em atrasos no atendimento.

Como o fator econômico é uma área de atraso identificável, é claro que podem ser criadas políticas públicas complementares que procurem abordar este aspecto particular. A OP também pode fazer esforços para encontrar soluções, tais como ajudar os pacientes a identificar programas de apoio social do governo ou de outras instituições.

Em termos de perda de acesso ao atendimento médico estritamente devido a questões econômicas, os relatórios da OP estão divididos, com uma pequena maioria relatando a perda de acesso por fatores econômicos (26% e 32%). Dos 58% que relatam perda de acesso por fatores econômicos, quase metade relata que seus pacientes não procuraram atendimento médico porque não tinham condições de pagar, com 27% relatando que esse foi o caso da “maioria dos pacientes” e outros 27 % relata que com “alguns pacientes”, chegando a um total de 54%. Por sua vez, 46% das organizações declaram que os pacientes não deixaram de procurar atendimento médico porque não podem pagar por ele.

O impacto econômico transversal da pandemia de COVID-19 nos lares da região, juntamente com a perda de cobertura experimentada por alguns pacientes, está criando uma situação muito complexa que os sistemas de saúde deverão enfrentar no curto e médio prazo.

## Impacto da pandemia de COVID-19 na demanda de atividades e serviços da organização de pacientes

No contexto da pandemia, as organizações constataram que os pacientes precisavam de mais serviços de acompanhamento para se adaptarem à nova realidade. Das organizações pesquisadas, 48% indicaram que a demanda havia aumentado significativamente e que era necessário expandir a capacidade de assistência aos pacientes. Seguindo a tendência da pesquisa do ano anterior, onde 58% também relatou um aumento significativo na demanda.<sup>18</sup> Em segundo lugar, 31% disseram que a demanda aumentou moderadamente, com mais ligações e interações via e-mail e redes sociais. Este cenário é compreendido à luz de uma nova dinâmica na qual os pacientes têm acesso mais restrito ao tratamento e uma qualidade de vida alterada devido à perda de renda própria e de seus cuidadores. Além disso, as disrupções no acesso aos serviços de saúde, acompanhadas de um aumento dos desembolsos adicionais, criam uma situação em que os pacientes se tornam mais vulneráveis e recorrem a organizações da sociedade civil para obter apoio.

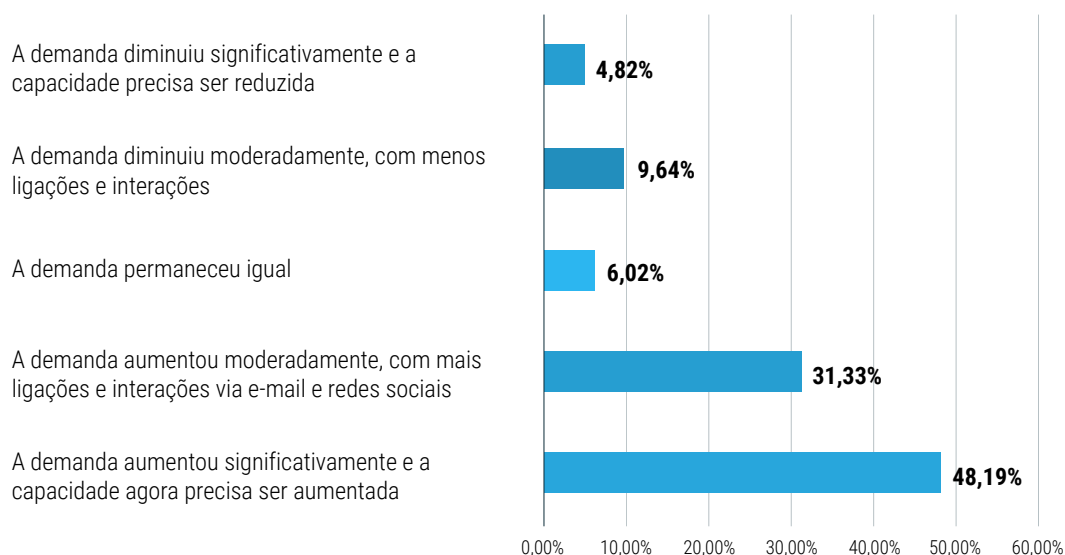
Em resposta a este cenário, cerca de 34% das organizações relataram que responderam a esta demanda com um aumento significativo da oferta de atividades e serviços, e 28% responderam com um aumento moderado. As novas atividades estão principalmente vinculadas ao acompanhamento psicológico dos pacientes (62%), pois a pandemia gerou um aumento de estresse, solidão e outros problemas que têm um grande impacto psicológico.

Entretanto, também ressaltam as atividades e serviços destinados a apoiar familiares e cuidadores (49%), bem como a dar apoio às necessidades básicas dos pacientes. Também surgiu uma nova demanda por atividades e serviços focados em facilitar o acesso aos sistemas de saúde, tais como a entrega e recepção de medicamentos ou equipamentos médicos (48%). Este aumento da demanda, que corresponde a uma maior oferta de serviços das organizações aos seus pacientes, também implica um aumento da demanda de recursos. No entanto, nem todas as organizações obtêm esses recursos.

Mais da metade (56%) das organizações observaram que sua situação financeira se deteriorou, 35% permaneceram iguais e 35% disseram que melhorou. Esta tendência permanece constante quando comparada aos dados de 2020, onde a maioria (81%) indicou que a pandemia afetou suas finanças de forma moderada a drástica.<sup>18</sup>

**Figura 4. Impacto da pandemia de COVID-19 na demanda por atividades e serviços prestados pelas OP**

Como a pandemia de COVID-19 afetou a demanda das atividades e serviços prestados por sua organização?



RESULTADOS DA  
PESQUISA A MÉDICOS:  
O IMPACTO DA COVID-19  
NO ATENDIMENTO  
DO CÂNCER NA  
AMÉRICA LATINA

# Impacto da COVID-19 no atendimento do câncer na América Latina: resultados da pesquisa a médicos

## Resumo dos impactos: escopo regional

O impacto da pandemia da COVID-19 no tratamento do câncer tem sido sentido principalmente em três níveis: mortalidade, prestação de serviços de atendimento oncológico e impacto econômico sobre os pacientes e os sistemas de saúde.

Em muitos países de alta renda, foi relatada uma associação entre a pandemia pela COVID-19 e o aumento da mortalidade por câncer, estimada entre 20 e 30%.<sup>2,3,4</sup> Embora dados semelhantes não estejam disponíveis para a região da ALC, é provável que o impacto seja ainda maior. Isto significa que pelo menos mais 210.000 pessoas morreriam a cada ano na ALC por causa do câncer. O presente estudo inclui numerosos dados que apoiam a ideia de um impacto severo da pandemia na mortalidade por câncer. Em média, 87% dos prestadores de atendimento oncológico pesquisados na região relataram observar um aumento na mortalidade por câncer em seus pacientes devido a atrasos e interrupções causadas pela pandemia. 93% dos médicos relataram estágios avançados de câncer no diagnóstico, o que muitas vezes significa prognósticos mais pobres e opções de tratamento limitadas para o paciente. Além disso, 87% dos participantes relataram um aumento nos pacientes com recidiva de câncer. 80% dos entrevistados relataram que os programas e atividades de prevenção do câncer na região foram significativamente afetados pela pandemia e 96% dos entrevistados citaram uma redução específica no número de mamografias. Isto impactará milhões de mulheres, já que o câncer de mama é o câncer mais comum entre as mulheres da região da ALC e é frequentemente curável se detectado em estágios iniciais, o que se torna possível principalmente graças a estes importantes programas de triagem de rotina. Quase todos os prestadores de atendimento oncológico (96%) concordam que seus pacientes serão afetados por atrasos e interrupções no atendimento causados pela pandemia da COVID-19.

Todos os participantes (100%) da pesquisa com prestadores de atendimento oncológico relataram alguma interrupção no atendimento de rotina, principalmente devido à superlotação dos sistemas de saúde. Outros motivos que os pacientes relataram aos médicos como dificuldades para acessar seus cuidados habituais foram as quarentenas e as restrições de viagens, o medo da infecção, os métodos de precaução adotados e as restrições financeiras. As interrupções de tratamento foram predominantes ao longo de 2020 (95%) e, em menor grau, em 2021 (85%). A maioria dos prestadores de atendimento oncológico relatou que uma proporção de seus pacientes foi forçada a interromper completamente o tratamento por uma razão relacionada à pandemia. As áreas mais afetadas pelas interrupções na região foram os serviços de cirurgia e diagnóstico, que presumivelmente tiveram um impacto substancial, pois os pacientes sofreram atrasos e interrupções no acesso ao diagnóstico e ao tratamento cirúrgico precoces.

Oitenta por cento dos entrevistados relataram que os programas e atividades de prevenção do câncer na região foram significativamente afetados pela pandemia e 96% dos entrevistados citaram uma redução específica no número de mamografias. Isto impactará milhões de mulheres, já que o câncer de mama é o câncer mais comum entre as mulheres da região da ALC e é frequentemente curável se detectado em estágios iniciais, o que se torna possível principalmente graças a estes importantes programas de triagem de rotina. O impacto potencial de interromper as iniciativas de triagem e prevenção é substancial em termos de atrasos na definição



de diagnósticos oportunos e no estadiamento de novos pacientes. Os efeitos posteriores destes atrasos serão vistos nos próximos meses e anos, à medida que os pacientes apresentarem uma doença mais avançada e os sistemas de saúde enfrentarem um acúmulo de pacientes. Se a situação observada na maioria dos países se tornar uma tendência, os impactos econômicos e sanitários combinados após a pandemia provavelmente sobrecarregarão os sistemas de saúde com uma demanda excessiva.

96% dos entrevistados esperam uma sobrecarga pós-pandêmica de pacientes com câncer em seus países. Além disso, a maioria acredita que os sistemas de saúde não estão preparados para lidar com essa demanda acumulada em termos de atribuição de orçamento ou de disponibilidade de pessoal de saúde ou instalações especializadas. Vale ressaltar que no México e no Peru, cerca de 70% dos entrevistados observaram reduções nos orçamentos destinados ao atendimento oncológico por seus centros de saúde e governos.

## Brasil



Todos os entrevistados relataram algum nível de interrupção no atendimento de rotina e a maioria deles (68%) citaram um impacto moderado principalmente devido às quarentenas e as restrições de viagens, medidas de precaução como a redução de consultas presenciais em clínicas e outros fatores como o medo de contágio. A maioria dos centros (80%) permaneceu aberta, dos quais 45% permaneceram totalmente abertos, 50% relataram reduções na carga de trabalho durante os picos e 5% indicaram uma redução geral em suas cargas de trabalho. Vinte por cento dos centros fecharam parcialmente (80%) ou completamente (20%). As áreas que sofreram maiores interrupções foram os serviços de cirurgia e diagnóstico, onde 76% dos entrevistados relataram interrupções moderadas a severas. Em contraste, em outras áreas, na maioria das vezes não foi observada nenhuma interrupção, como na terapia direcionada (68%) e hormonal (72%); enquanto em outras, como radioterapia, quimioterapia e cuidados paliativos, a porcentagem foi variada (Tabela 3). Isto se correlaciona com um estudo no Brasil que comparou dados sobre câncer em 2019 e 2020 (período de março a maio) e relatou uma diminuição de 60% nos casos oncológicos cirúrgicos durante este período e um leve aumento nos pacientes submetidos à radioterapia.<sup>9</sup>

A maioria (92%) percebeu uma diminuição no número de novos casos de câncer durante os primeiros seis meses da pandemia (março-agosto de 2020) (92%), dos quais 35% tiveram uma diminuição de 1-25% e 57% tiveram uma diminuição de 25-50%. Isto se correlaciona com o estudo brasileiro acima mencionado, que revelou uma diminuição de 52% nas novas visitas aos serviços de oncologia.<sup>9</sup> Em contraste, 72% dos entrevistados observaram um aumento nas visitas entre setembro de 2020 e setembro de 2021. Desse grupo, 44% relataram um aumento entre 1 e 25%, 39% relataram um aumento entre 26 e 50% e 17% relataram um aumento de mais de 50%. Esses dados poderiam refletir o levantamento geral da quarentena e das restrições de viagens no país durante esse período. A maioria (63%) espera que os atrasos no diagnóstico de casos de câncer devido à pandemia excedam os 5 meses, enquanto 92% relatam um aumento nos casos de doença avançada no diagnóstico devido a atrasos relacionados à pandemia. De acordo com isto, 83% perceberam um aumento na mortalidade por câncer devido a estes atrasos (Tabela 4). A associação entre o aumento da mortalidade por câncer e a pandemia da COVID-19 nos países de alta renda (HIC por sua sigla em inglês) tem sido amplamente relatada, com porcentagens estimadas entre 20 e 30%.<sup>2,3,4</sup> Além disso, 79% dos participantes relataram níveis variáveis de aumento da recorrência do câncer devido a atrasos relacionados à COVID-19.

Os programas de prevenção do câncer foram significativamente afetados pela pandemia da COVID-19 e o Brasil não é exceção. No Brasil, 68% dos participantes relataram uma diminuição nos programas e atividades de prevenção em geral. Em particular, 95% e 72% dos entrevistados observaram uma redução nas mamografias e colonoscopias, respectivamente. Foram relatadas reduções menores em outros métodos de triagem, tais como testes de antígeno específico da próstata (PSA) (44%) e tomografias computadorizadas de tórax (48%). Sessenta e quatro por cento relataram uma redução nos exames de patologia (Tabela 5). Dados do Brasil mostram, para o período de março a junho de 2021, uma redução média de 80% nos exames mamográficos e 39% nos exames de patologia.<sup>19</sup>

A maioria dos centros no Brasil implementou medidas de adaptação que incluíram a redução de consultas presenciais a clínicas e sua substituição por consultas virtuais (71%) e o cancelamento total de consultas presenciais para abraçar totalmente a virtualidade (25%). Também foram relatados tempos mais longos entre as consultas de acompanhamento (65%). Opções de atendimento remoto foram frequentemente oferecidas, incluindo testes de laboratório perto da casa dos pacientes (96%) e entrega de medicamentos no domicílio (48%). Todos os centros que anteriormente tinham comitês de tumores implementaram comitês de tumores virtuais. Olhando para o futuro, é provável que algumas das medidas de adaptação implementadas durante a contingência persistam pós-pandêmica. 96% dos entrevistados acreditam que as consultas clínicas virtuais

continuarão após a pandemia e 100% acreditam que os comitês de tumores virtuais persistirão, possivelmente expandindo o acesso e aumentando a conveniência dos pacientes (Tabela 6).

As interrupções dos tratamentos foram predominantes tanto em 2020 (março-dezembro) (96%) quanto em 2021 (janeiro-setembro) (86%). Para esses períodos, 50% dos entrevistados relataram que uma proporção de pacientes abandonou completamente o tratamento, principalmente por razões relacionadas à pandemia. As interrupções nos tratamentos de quimioterapia foram comuns e 57% relataram que mais de 10% de seus pacientes perderam pelo menos um ciclo. Os dados do Brasil mostram uma redução de 28% no número de pacientes submetidos à quimioterapia sistêmica intravenosa e uma redução de 57% no início de novos tratamentos.<sup>9</sup> Entretanto, 89% relataram maior uso de agentes orais em relação às terapias intravenosas (IV), o que é consistente com o aumento de 309% relatado no número de pacientes submetidos à quimioterapia oral durante a pandemia da COVID-19.<sup>9</sup> Apesar deste aumento, foram observadas barreiras ao acesso a agentes orais tanto no sistema privado quanto no público (Tabela 7).

Noventa por cento dos médicos relataram ter feito mudanças perceptíveis em alguma parte dos planos de tratamento para os pacientes. As adaptações incluíram a redução dos ciclos de quimioterapia (58%) e o desvio das diretrizes clínicas (CPG) ou do padrão de cuidados (SoC), adiando cirurgias (89%) ou radioterapia (78%). A maioria dos participantes (96%) relatou danos potenciais aos pacientes causados por interrupções no atendimento (Tabela 7). A maioria dos entrevistados havia tratado pacientes oncológicos ambulatoriais (90%) e pacientes internados (70%) diagnosticados com a COVID-19. Noventa e cinco por cento dos entrevistados relataram contágios entre o pessoal de oncologia. Entretanto, a maioria (76%) não experimentou escassez de EPI em seus centros (Tabela 8).

96% dos entrevistados esperam uma sobrecarga pós-pandêmica de pacientes com câncer. Além disso, a maioria acredita que os sistemas de saúde não estão preparados para lidar com isso em termos de atribuição de orçamento ou disponibilidade de pessoal de saúde ou instalações especializadas. Até o momento, o governo brasileiro não anunciou um plano de ação para abordar a incidência esperada de câncer (Tabela 9).

## Colômbia



Todos os participantes relataram alguma disrupção no atendimento de rotina e a maioria relatou impacto moderado (65%) ou severo (19%), principalmente devido à falta de acesso a medicamentos e escassez de pessoal devido a infecções por COVID-19. A maioria dos centros (92%) permaneceu aberta, dos quais 46% permaneceram totalmente abertos, 23% relataram reduções na carga de trabalho durante os picos e 23% relataram uma redução geral em suas cargas de trabalho. Apenas 8% dos centros foram parcialmente fechados. A área que sofreu mais disrupções foi a de cirurgia, onde 96% dos entrevistados relataram disrupções moderadas a severas, seguidas por tratamentos complementares (54%) e serviços de diagnóstico (50%). Em áreas como radioterapia e quimioterapia, foram observadas disrupções leves a moderadas (Tabela 10). Esta informação está correlacionada com os dados do estudo na ALC que comparou os dados do câncer de 2019 e 2020 (março-junho) e revelou uma redução média de 43% nos primeiros ciclos de quimioterapia. No entanto, estas informações provêm de uma instituição privada. O impacto nos centros públicos pode ser ainda maior.<sup>19</sup>

A maioria (80%) percebeu uma diminuição no número de novos casos de câncer durante os primeiros seis meses da pandemia (março-agosto de 2020), dos quais 58% viram uma diminuição de 1 a 25% e 27% viram uma diminuição de 25 a 50%. Isto se correlaciona com os dados oficiais da Colômbia, que mostraram uma redução média de 36% nas primeiras consultas aos centros oncológicos.<sup>9</sup> Por outro lado, 63% dos participantes notaram um aumento nas novas consultas no período entre setembro de 2020 e setembro de 2021. Esses dados poderiam refletir o levantamento geral da quarentena e das restrições de viagens no país durante esse período. 52% dos participantes esperam que os atrasos no diagnóstico de câncer relacionados à pandemia ultrapassem 5 meses, enquanto 88% relatam um aumento nos casos de doença avançada no momento do diagnóstico devido a atrasos relacionados à pandemia. De acordo com isto, 95% percebeu um aumento na mortalidade por câncer devido a estes atrasos. Setenta e sete por cento também relataram um aumento na recorrência do câncer devido à pandemia (Tabela 11).

De acordo com as tendências regionais, os programas de prevenção do câncer foram significativamente afetados pela pandemia de COVID-19 na Colômbia, onde 77% dos participantes relataram uma diminuição nos programas e nas atividades gerais de prevenção. Todos os participantes relataram uma redução no número de mamografias, colonoscopias, testes de antígeno específico da próstata (PSA) e tomografias computadorizadas (TC) de tórax. Os entrevistados relataram uma redução nos exames de patologia entre 1 e 25% (55%), 26 e 50% (30%) e mais de 50% (15%) (Tabela 12). Embora não tenham sido encontrados outros relatórios de dados específicos da Colômbia, os dados obtidos são consistentes com relatórios de outros países da região, que relatam uma redução entre 30 e 100% nos exames mamográficos e entre 6 e 50% nos exames de patologia.<sup>19</sup>

A maioria dos centros colombianos implementou medidas de adaptação que incluíram a redução das consultas presenciais nas clínicas e a substituição por consultas virtuais (72%) e o cancelamento total das consultas presenciais para torná-las completamente virtuais (24%). Também foram relatados tempos mais longos entre as consultas de acompanhamento (76%). Alguns entrevistados mencionaram a disponibilidade de opções de atendimento remoto, incluindo testes de laboratório perto das casas dos pacientes (63%) e entrega domiciliar de medicamentos (63%). Quase todos os participantes (96%) relataram a disponibilidade de comitês de tumores em seus centros de saúde antes da pandemia, dos quais 75% mudaram para o modo virtual, 13% adotaram um sistema misto (virtual e presencial) e outros 13% permaneceram no modo presencial. Olhando para o futuro, a maioria acredita que medidas de adaptação tais como consultas virtuais (76%) e comitês de tumores virtuais (75%) persistirão após a pandemia, possivelmente para maior conveniência dos pacientes e com maior acesso aos comitês de tumores (Tabela 13).

Todos os entrevistados relataram interrupções de tratamento em 2020 (período de março a dezembro) e 90% em 2021 (período de janeiro a setembro). Oitenta e um por cento dos participantes relataram que uma proporção de pacientes abandonou o tratamento completamente por razões relacionadas à COVID-19 (por exemplo, medo de contágio, quarentenas) e não relacionadas à COVID-19 (por exemplo, falta de cobertura médica). Embora tenha havido interrupções nos tratamentos de quimioterapia, a maioria dos entrevistados (61%) relatou que menos de 10% de seus pacientes perderam pelo menos um ciclo e 75% relataram que reduziram o número de ciclos de seus pacientes em 25%. Outros países da região mostraram impactos mais pronunciados na quimioterapia. Noventa e cinco por cento dos entrevistados relataram ter feito mudanças em alguma parte do tratamento de seus pacientes. Estas adaptações incluíram o aumento do uso de quimioterapia oral sobre quimioterapia intravenosa (87%) e o desvio das diretrizes clínicas (CPG) ou do padrão de cuidados (SoC), adiando cirurgias (90%) ou radioterapia (71%). A maioria dos participantes (81%) relatou danos potenciais aos pacientes causados por interrupções no atendimento (Tabela 14).

A maioria dos entrevistados havia tratado pacientes ambulatoriais (96%) e pacientes internados (88%) diagnosticados com COVID-19. Em contraste com outros países da região, apenas 12% dos participantes relataram uma escassez de equipamento de proteção individual (EPI) em seus centros. Apesar disso, 92% dos entrevistados relataram diagnósticos da COVID-19 em seu pessoal de oncologia (Tabela 15).

A maioria dos participantes (77%) indicou que nem sua instituição nem os provedores de planos de saúde lhes pediram que implementassem medidas de contenção de despesas durante a pandemia. Para o futuro, todos os respondentes preveem uma sobrecarga pós-pandêmica de pacientes com câncer. Além disso, a maioria acredita que o sistema de saúde não está preparado para lidar com esta sobrecarga em termos de atribuição de orçamento ou de pessoal de saúde. Até hoje, o governo colombiano não anunciou um plano de ação para abordar a incidência esperada de câncer (Tabela 16).

## Equador



Uma grande proporção dos participantes (96%) relatou algum nível de interrupção no atendimento de rotina. A maioria deles (54%) mencionou um impacto moderado causado principalmente pela superlotação do sistema de saúde e pela tomada de medidas preventivas para manter o distanciamento social e minimizar as consultas dos pacientes. As quarentenas e proibições de circulação foram mencionadas como elementos que desempenharam um papel importante nas interrupções dos tratamentos. A maioria dos centros (70%) permaneceu aberta, dos quais 28% permaneceram totalmente abertos, 50% relataram uma redução geral nas cargas de trabalho e 22% relataram reduções em suas cargas de trabalho durante os picos. 30% dos centros fecharam parcialmente (85%) ou completamente (15%). As áreas que sofreram maiores interrupções foram a de cirurgia, seguida pelos serviços de diagnóstico, onde 80% e 75% dos entrevistados relataram interrupções moderadas a severas, respectivamente. Outras áreas onde foram relatadas interrupções graves foram a de tratamentos complementares (74%), quimioterapia (64%) e cuidados paliativos (60%) (ver Tabela 17). Estes dados são coerentes com as tendências observadas na maioria dos países da região.

A maioria (92%) percebeu uma diminuição no número de novos casos de câncer durante os primeiros seis meses da pandemia (março-agosto de 2020), dos quais 47% observaram uma redução de 1-25% e 24%, uma redução de 25-50%. Os dados regionais sugerem que as primeiras consultas aos serviços de oncologia diminuíram de 28-36%.<sup>6</sup> Por outro lado, 85% constatou um aumento nas primeiras consultas entre setembro de 2020 e setembro de 2021. Esses dados poderiam refletir o levantamento geral da quarentena e das restrições de viagens no país durante esse período. As opiniões sobre a duração dos atrasos nos diagnósticos de câncer devido à pandemia estão divididas: Cinquenta e quatro por cento dos entrevistados pensam que ultrapassarão os cinco meses e 41% esperam que os atrasos se estendam entre 1 e 4 meses. 96% relataram um aumento nos casos de doença avançada no momento do diagnóstico devido à pandemia. De forma consistente, 97% dos participantes relataram um aumento na mortalidade por câncer. As relações entre o aumento da mortalidade por câncer e a pandemia de COVID-19 foram amplamente relatados pelos HIC.<sup>2-4</sup> Além disso, níveis variáveis de recorrência do câncer devido a atrasos relacionados à COVID-19 foram relatados por 95% dos participantes (Tabela 18).

De acordo com as tendências regionais e as recomendações globais, os programas de prevenção do câncer no Equador foram significativamente afetados pela pandemia de COVID-19. Oitenta e quatro por cento relataram uma redução nos programas e atividades de prevenção geral. Em particular, todos os respondentes (100%) indicaram uma redução nas mamografias e colonoscopias. Setenta e nove por cento relataram uma redução nos exames mamográficos em mais de 50% das pacientes e 88% relataram uma redução nas colonoscopias também em mais de 50% dos pacientes. Também foram relatadas reduções em outros métodos de diagnóstico, tais como os testes de antígeno específico da próstata (PSA) e as tomografias computadorizadas de tórax, embora em menor grau. Quase todos os entrevistados (97%) observaram uma redução nos exames de patologia e 71% relataram uma redução entre 26% e 75% dos pacientes (Tabela 19). Embora não tenham sido encontrados relatórios destes dados especificamente para o Equador, as informações são consistentes com as tendências observadas em outros países da região.<sup>19</sup>

A maioria dos centros do Equador (80%) implementou medidas de adaptação que incluíram a redução das consultas presenciais e a sua substituição por consultas virtuais (64%) e o cancelamento total das consultas presenciais para torná-las completamente virtuais (35%). No entanto, 18% das clínicas continuaram com consultas de pacientes ambulatoriais, como de costume. A maioria (91%) dos participantes também relatou um tempo maior entre as consultas de acompanhamento. As opções de atendimento remoto foram frequentemente oferecidas, incluindo testes de laboratório perto da casa dos pacientes (76%) e entrega domiciliar de medicamentos (59%). Os comitês de tumores, que estavam disponíveis em 93% dos centros

antes da pandemia, foram impactados de várias maneiras. Trinta e quatro por cento deles passaram para comitês de tumores virtuais, 32% mudaram para uma modalidade mista (presencial e virtual) e 29% foram cancelados completamente (Tabela 20). Olhando para o futuro, é provável que algumas das medidas de adaptação implementadas durante a contingência persistam após a pandemia. Setenta e um por cento acreditam que as consultas virtuais continuarão após a pandemia e 74% acreditam que os comitês de tumores virtuais persistirão.

As interrupções dos tratamentos foram predominantes tanto em 2020 (março-dezembro) (98%) quanto em 2021 (janeiro-setembro) (91%). Para esses períodos, 100% dos entrevistados relataram que uma proporção de pacientes abandonou completamente o tratamento, principalmente por razões relacionadas à pandemia (por exemplo, medo de contágio, quarentena). As interrupções nos tratamentos de quimioterapia foram comuns e 83% relataram que >10% de seus pacientes perderam pelo menos um ciclo. Noventa e oito por cento dos médicos relataram ter feito mudanças notórias em alguma parte do tratamento dos pacientes. Essas adaptações incluíram o aumento do uso da quimioterapia oral sobre a quimioterapia intravenosa (95%), a redução dos ciclos de quimioterapia (65%) e o desvio das diretrizes clínicas (CPG) ou do padrão de cuidados (SoC), adiando as cirurgias (95%) ou a radioterapia (92%). A maioria dos participantes (96%) relatou danos potenciais aos pacientes causados por interrupções no atendimento (Tabela 21).

A maioria dos entrevistados havia tratado pacientes oncológicos ambulatoriais (96%) e internados (83%) diagnosticados com COVID-19. Noventa e um por cento relataram contágios entre o pessoal de oncologia. No entanto, a maioria (87%) não experimentou escassez de equipamento de proteção individual (EPI) em seus centros (Tabela 22). Quarenta e três por cento dos entrevistados indicaram que nem sua instituição nem os provedores de planos de saúde lhes pediram que implementassem medidas de contenção de despesas durante a pandemia; no entanto, 39% deles mencionaram que sua instituição, seguradoras ou ambas fizeram tal pedido e 17% preferiram não responder. Noventa e oito por cento dos entrevistados esperam uma sobrecarga pós-pandêmica de pacientes com câncer. Além disso, a maioria acredita que o sistema de saúde não está preparado para lidar com esta sobrecarga em termos de atribuição de orçamento ou de disponibilidade de pessoal de saúde ou instalações especializadas. Até hoje, o governo equatoriano não anunciou um plano de ação para abordar a incidência esperada de câncer (Tabela 23).

## México



A maioria dos participantes relatou algum nível de interrupção no atendimento de rotina (98%), principalmente devido à superlotação do sistema de saúde e à falta de acesso aos medicamentos. A maioria dos centros (66%) permaneceu aberta, dos quais 39,2% permaneceram totalmente abertos, 32% relataram reduções na carga de trabalho durante os picos e 29% relataram uma redução geral em suas cargas de trabalho. Trinta por cento fechou parcial ou completamente. As áreas que sofreram interrupções mais significativas foram a cirurgia, a quimioterapia e o diagnóstico, onde foram relatadas interrupções na ordem de 74%, 65% e 60%, respectivamente. Outras áreas substancialmente afetadas foram a radioterapia, a imunoterapia e a terapia direcionada (Tabela 24). Esta informação está correlacionada com um estudo na ALC que comparou os dados de câncer de 2019 e 2020 (período março-junho) e encontrou uma redução média nas áreas de cirurgia oncológica e quimioterapia de 33% e 30% no Instituto Nacional de Cancerologia (INC) e 77% e 76% no Hospital Geral (HG) no México, respectivamente.<sup>19</sup> Em contraste, o HG não relatou nenhuma mudança na área de radioterapia.<sup>19</sup>

A maioria (82%) percebeu uma diminuição no número de novos casos de câncer durante os primeiros seis meses da pandemia (março-agosto de 2020) dos quais 52% observaram uma diminuição de 1-25%, 19% uma diminuição de 25-50% e 30% uma diminuição de mais de 50%. Estes dados estão correlacionados com os do HG do México, que revelaram uma redução média de 60% nas primeiras consultas, e os do INC, que relataram uma redução de 10%.<sup>19</sup> Em contraste, 75% viram um aumento nas novas consultas no período de setembro de 2020 a setembro de 2021, dos quais 73% relataram um aumento entre 1 e 25%. Esses dados poderiam refletir o levantamento geral da quarentena e das restrições de viagens no país durante esse período. A maioria (59%) espera que os atrasos no diagnóstico de casos de câncer relacionados à pandemia durem entre 1 e 4 meses, enquanto 81% relatam um aumento nos casos de doença avançada no diagnóstico devido a atrasos relacionados à pandemia. De acordo com isto, 93% relataram um aumento na mortalidade por câncer devido a estes atrasos (Tabela 25). Os entrevistados também relataram níveis variáveis de aumento na recorrência do câncer devido a atrasos relacionados à COVID-19.

Sessenta e nove por cento relataram uma redução nos programas e atividades de prevenção do câncer no país. Em particular, relatou-se que as mamografias e colonoscopias foram reduzidas em 90% e 92%, respectivamente. Além disso, outros métodos de triagem, tais como os testes de antígeno específico da próstata (PSA) (78%) e as tomografias computadorizadas (TC) de tórax (79%) foram substancialmente afetados. Noventa e dois por cento relataram uma redução nos exames de patologia (Tabela 26). Estes dados refletem um impacto maior do que a redução percentual média nos exames mamográficos e de patologia relatados para o HG (28%: 57%) e para o INC (36%: 44%), respectivamente.<sup>19</sup> (Tabela 26)

Alguns centros mexicanos implementaram medidas de adaptação, incluindo a redução de consultas presenciais e sua substituição por consultas virtuais (51%) ou a adoção total da virtualidade (12%). No entanto, quase um terço dos entrevistados (32%) indicou que seus pacientes continuaram com consultas ambulatoriais, como de costume. Também foram relatados tempos mais longos entre as consultas de acompanhamento (74%). As opiniões se dividem quanto à persistência destas mudanças após a pandemia. Em relação às opções de atendimento remoto, 65% dos participantes mencionaram a disponibilidade de testes de laboratório próximos às casas dos pacientes e apenas 35% deles relataram a entrega de medicamentos em seus domicílios. Cerca da metade dos centros tinha comitês de tumores virtuais (Tabela 27).

Noventa e oito por cento dos entrevistados relataram algum nível de interrupção de tratamento tanto em 2020 (março-dezembro) quanto em 2021 (janeiro-setembro) (98%). Para esses períodos, 91% relataram que uma proporção de pacientes abandonou completamente o tratamento, principalmente por razões relacionadas à



pandemia. As interrupções do tratamento de quimioterapia foram comuns e 76% dos profissionais indicaram que >10% de seus pacientes perderam pelo menos um ciclo e 88% relataram que tinham feito modificações em alguma parte do tratamento de seus pacientes. Estas adaptações incluíram a redução dos ciclos de quimioterapia (69%) e o desvio das diretrizes clínicas (CPG) ou do padrão de cuidados (SoC), adiando a cirurgia (78%) ou a radioterapia (84%). Outras adaptações incluíram o uso crescente de quimioterapia oral em vez de intravenosa (77%), possivelmente para reduzir a exposição aos centros de saúde. A maioria dos participantes (86%) relatou danos potenciais aos pacientes causados por interrupções no atendimento (Tabela 28).

A maioria dos entrevistados tinha tratado pacientes oncológicos ambulatoriais (84%) e, em menor grau, pacientes internados (70%) diagnosticados com a COVID-19. Uma proporção significativa (77%) relatou escassez de equipamento de proteção individual (EPI) em seus centros e, como esperado, 73% relatou contágios por SARS-COV-2 entre o pessoal de oncologia (Tabela 29).

Quarenta e sete por cento dos participantes mencionaram que seus provedores de planos de saúde, suas instituições médicas, ou ambos, lhes pediram que implementassem medidas de contenção de despesas durante a pandemia. De acordo com isto, 70% deles observaram reduções nos orçamentos destinados ao tratamento do câncer dentro de suas instituições. Para o futuro, 91% dos entrevistados esperam uma sobrecarga pós-pandêmica de pacientes com câncer. Além disso, a maioria acredita que o sistema de saúde não está preparado para lidar com esta sobrecarga em termos de atribuição de orçamento ou de disponibilidade de pessoal de saúde ou instalações especializadas. Até hoje, o governo mexicano não anunciou um plano de ação para abordar a incidência esperada de câncer (Tabela 30).

## Peru



Todos os entrevistados relataram alguma disrupção no atendimento de rotina e a maioria (90%) indicaram um impacto moderado a severo, principalmente devido à quarentena, às proibições de circulação e à superlotação do sistema de saúde. A maioria das instalações (79%) permaneceu aberta, das quais 73% permaneceram abertas, mas com uma carga de trabalho global menor e 20% relataram reduções em suas cargas de trabalho durante os picos. Cerca de 20% dos centros foram parcialmente fechados. De modo geral, a maioria dos serviços de saúde sofreu disrupções moderadas a severas. As áreas mais alteradas foram as de cirurgia, onde 100% dos entrevistados relataram disrupções moderadas a severas, seguidas por os serviços de diagnóstico (95%) e os tratamentos complementares (89%). Outras áreas que sofreram disrupções moderadas a severas foram a radioterapia (88%) e os cuidados paliativos (74%). O setor de quimioterapia sofreu predominantemente disrupções leves a moderadas (74%) (Tabela 31). Esses dados são consistentes com os de um estudo na ALC que comparou dados de 2019 e 2020 (março) sobre o câncer no Peru e revelou uma redução de 84% e 59% em cirurgias oncológicas ambulatoriais e com internação, respectivamente. Um prestador privado relatou uma redução de 30% nas sessões de radioterapia durante o mesmo período, mas o impacto no sistema público provavelmente será maior.<sup>19</sup>

A maioria (79%) dos entrevistados percebeu uma diminuição no número de novos casos de câncer durante os primeiros seis meses da pandemia (março-agosto de 2020), com uma diminuição ligeiramente maior no período de setembro de 2020 a setembro de 2021 (88%). Estes resultados são contrários aos da maioria dos países da região, que mostraram um aumento neste último período, o que pode significar um impacto maior devido a atrasos prolongados. Consistentemente, a maioria (84%) acredita que os atrasos no diagnóstico ultrapassarão os cinco meses e todos relataram um aumento nos casos de doença avançada no momento do diagnóstico devido a atrasos relacionados à pandemia. Assim, 100% dos participantes observaram um aumento na mortalidade por câncer (Tabela 32). Além disso, todos os entrevistados mencionaram um aumento nos casos de recidiva de câncer e a maioria (84%) os relatou em 11-50% dos pacientes.

Todos os participantes relataram uma redução nos programas e atividades de prevenção do câncer em seu país. Em particular, todos eles (100%) relataram uma redução nas colonoscopias e tomografias computadorizadas (TC) de tórax. Noventa e quatro por cento relataram uma redução nas mamografias e testes de antígeno específico da próstata (PSA). Trinta e sete por cento relataram uma redução de 25-50% nos exames de patologia (Tabela 33).

Alguns centros peruanos implementaram medidas de adaptação, incluindo a redução de consultas presenciais e sua substituição por consultas virtuais (69%) ou a adoção total da virtualidade (36%); apenas 5% relataram que seus centros continuaram com consultas ambulatoriais como de costume. A maioria (95%) acredita que as consultas virtuais continuarão após a pandemia. Todos os participantes relataram tempos mais longos entre as consultas de acompanhamento. Em relação às opções de atendimento remoto, 68% dos entrevistados mencionaram a disponibilidade de testes de laboratório perto das casas dos pacientes e 72% dos entrevistados relataram a entrega de medicamentos em seus domicílios. Noventa por cento dos centros tinham comitês de tumores virtuais, dos quais a maioria (90%) acredita que continuarão neste modalidade após o fim da pandemia (Tabela 34).

Todos mencionaram algum nível de interrupção dos tratamentos em 2020 (março-dezembro) e a maioria o fez para 2021 (janeiro-setembro) (95%). Para esses períodos, 68% relataram que entre 1 e 25% dos pacientes abandonaram completamente o tratamento, principalmente por razões relacionadas à pandemia. Oitenta e oito por cento dos profissionais relataram que seus pacientes foram forçados a procurar atendimento em outro centro de saúde. As interrupções no tratamento de quimioterapia foram comuns e 83% dos médicos

relataram que >10% de seus pacientes perderam pelo menos um ciclo e todos os médicos mencionaram que tinham feito modificações em alguma parte do tratamento de seus pacientes. Essas adaptações incluíram a redução dos ciclos de quimioterapia (93%) e o desvio das diretrizes clínicas (CPG) ou do padrão de cuidados (SoC), adiando as cirurgias (89%) ou a radioterapia (88%). Outras adaptações incluíram o uso crescente da quimioterapia oral em vez da intravenosa, relatado por todos os participantes, possivelmente para reduzir a exposição aos centros de saúde. Todos os participantes relataram danos potenciais aos pacientes causados pelas interrupções no atendimento (Tabela 35).

A maioria dos entrevistados havia tratado pacientes oncológicos ambulatoriais (95%) e internados (89%) diagnosticados com COVID-19. Uma proporção significativa (86%) relatou escassez de equipamento de proteção individual (EPI) em seus centros e, como esperado, 95% relatou contágios por SARS-COV-2 entre o pessoal de oncologia (Tabela 36).

Quarenta e sete por cento dos participantes mencionaram que seus provedores de planos de saúde, suas instituições médicas, ou ambos, lhes pediram que implementassem medidas de contenção de despesas durante a pandemia, enquanto 53% deles não receberam tais pedidos. Sessenta e oito e setenta por cento dos entrevistados relataram reduções nos orçamentos destinados ao tratamento do câncer pelos centros de saúde e pelo governo, respectivamente. Para o futuro, todos os profissionais esperam uma sobrecarga pós-pandêmica de pacientes com câncer. Além disso, a maioria acredita que o sistema de saúde não está preparado para lidar com esta sobrecarga em termos de atribuição de orçamento ou de disponibilidade de pessoal de saúde ou instalações especializadas.

## América Central



Esta seção fornece os resultados acumulados para os países da América Central, da Costa Rica, da República Dominicana e do Panamá. Noventa e oito por cento dos entrevistados relataram alguma interrupção no atendimento de rotina e a maioria (58%) relatou um impacto moderado principalmente devido à superlotação dos sistemas de saúde e às medidas preventivas. A maioria das instalações (82%) permaneceu aberta, das quais 50% relataram uma redução geral na carga de trabalho, 28% permaneceram totalmente abertas e 22% relataram reduções em suas cargas de trabalho durante os picos. Dezoito por cento dos centros fecharam parcial ou totalmente. A área que sofreu mais interrupções foi a de cirurgia, onde 69% dos entrevistados relataram interrupções moderadas a severas, seguidas pelos serviços de diagnóstico (66%) e os tratamentos complementares (58%). Em outras áreas, como a radioterapia, os cuidados paliativos e a quimioterapia, foram observadas principalmente interrupções leves a moderadas (Tabela 38).

Em contraste com quase todos os países da América do Sul, a maioria dos profissionais da América Central (87%) observou um aumento de novos casos de câncer durante os primeiros seis meses da pandemia (março-agosto de 2020). Um aumento semelhante foi relatado por 80% dos entrevistados para o período de setembro de 2020 a setembro de 2021. Esses dados diferem das tendências na região, onde foram observadas reduções de 28-38% nas primeiras consultas oncológicas no período de março a junho de 2020.<sup>19</sup> Cinquenta por cento dos participantes esperam que os atrasos no diagnóstico de câncer relacionados à pandemia ultrapassem cinco meses e 100% relatam um aumento nos casos de doença avançada no diagnóstico devido a atrasos relacionados à pandemia. De acordo com isto, 74% perceberam um aumento na mortalidade por câncer devido a estes atrasos. Setenta e oito por cento também relataram um aumento nos casos de recidiva do câncer devido à pandemia (Tabela 39).

De acordo com as tendências regionais, os programas de prevenção do câncer foram significativamente afetados pela pandemia da COVID-19 na América Central, onde 78% dos participantes relataram uma diminuição nos programas e nas atividades de prevenção em geral. Em particular, todos (100%) relataram uma redução nas colonoscopias e 97% indicaram uma redução nas mamografias. Também foram relatadas reduções nos testes de antígeno específico da próstata (PSA) (80%) e nas tomografias computadorizadas de tórax (72%). Uma redução nos exames de patologia foi relatada por 94% dos participantes. Notavelmente, essas reduções foram predominantemente relatadas em 1-25% dos pacientes, em contraste com os impactos mais contundentes relatados em outros países. Não foram publicados dados sobre o impacto da pandemia nas estratégias de triagem para a América Central (Tabela 40).

A maioria dos centros (87%) onde trabalham profissionais centro-americanos implementaram medidas de adaptação que incluíram a redução de consultas presenciais em clínicas e sua substituição por consultas virtuais (73%) e o cancelamento total das consultas presenciais para torná-las completamente virtuais (18%). Também foram relatados tempos mais longos entre as consultas de acompanhamento (74%). Alguns pacientes tiveram opções de atendimento remoto, como testes de laboratório perto de casa (97%) e entrega domiciliar de medicamentos (55%). Quase todos os participantes indicaram que tinham comitês de tumores em seus centros de saúde antes da pandemia, dos quais 65% mudaram para o modo virtual e 24% adotaram um sistema misto (virtual e presencial). Olhando para o futuro, a maioria acredita que medidas de adaptação tais como as consultas virtuais (74%) e os comitês de tumores virtuais (82%) persistirão após a pandemia, possivelmente para maior conveniência do paciente e com maior acesso aos comitês de tumores (Tabela 41).

As interrupções dos tratamentos foram relatadas por 92% dos entrevistados para 2020 (período março-dezembro) e por 68% dos entrevistados em 2021 (período janeiro-setembro). Oitenta e cinco por cento dos

participantes relataram que uma proporção de pacientes abandonou o tratamento completamente por razões relacionadas à COVID-19 (por exemplo, medo de contágio, quarentenas) e não relacionadas à COVID-19 (por exemplo, falta de cobertura médica). As interrupções nos tratamentos de quimioterapia foram habituais. Setenta por cento dos entrevistados relataram que mais de 10% de seus pacientes perderam pelo menos um ciclo e 60% relataram que reduziram o número de ciclos em 1-25% de seus pacientes. Oitenta e nove por cento dos profissionais relataram ter feito mudanças em alguma parte do tratamento de seus pacientes. Estas adaptações incluíram o aumento do uso de quimioterapia oral sobre quimioterapia intravenosa (95%) e o desvio das diretrizes clínicas (CPG) ou do padrão de cuidados (SoC), adiando as cirurgias (87%) ou a radioterapia (75%). A maioria dos participantes (90%) relatou danos potenciais aos pacientes causados por interrupções no atendimento (Tabela 42).

A maioria dos entrevistados havia tratado pacientes oncológicos ambulatoriais (85%) e internados (76%) diagnosticados com COVID-19. Uma pequena maioria (57%) dos participantes relatou falta de equipamento de proteção individual (EPI) suficiente em seus centros. Apesar disso, 82% dos entrevistados relataram diagnósticos de COVID-19 em seu pessoal de oncologia (Tabela 43).

A maioria dos participantes (77%) indicou que nem sua instituição nem os provedores de planos de saúde lhes pediram que implementassem medidas de contenção de despesas durante a pandemia. Para o futuro, 92% dos profissionais esperam uma sobrecarga pós-pandêmica de pacientes com câncer. Além disso, a maioria acredita que o sistema de saúde está pouco ou nada preparado para lidar com esta sobrecarga em termos de atribuição de orçamento, pessoal de saúde ou disponibilidade de instalações especializadas (Tabela 44).

## Cone Sul



Esta seção analisará os resultados acumulados para os países do Cone Sul: Argentina, Chile e Uruguai. Uma grande proporção dos participantes (94%) relatou algum nível de interrupção no atendimento de rotina. A maioria deles (79%) mencionou um impacto leve a moderado causado principalmente pelas medidas preventivas para manter o distanciamento social e minimizar as consultas dos pacientes e pelas quarentenas ou proibições de circulação. A superlotação dos sistemas de saúde foi mencionada como um elemento que desempenhou um papel importante nas interrupções dos tratamentos. A maioria dos centros (90%) permaneceu aberta, dos quais 43% permaneceram totalmente abertos, 42% relataram uma redução geral na carga de trabalho e 15% indicaram reduções em suas cargas de trabalho durante os picos. Apenas 9% dos centros fecharam parcialmente e nenhum deles fechou completamente. A proporção de centros que permaneceram totalmente abertos esteve entre as mais altas da região.

As áreas que sofreram maiores interrupções foram a cirurgia, seguida pelos serviços de diagnóstico, onde 69% e 58% dos entrevistados relataram interrupções moderadas a severas, respectivamente. Esses dados estão correlacionados com os de um estudo na ALC que comparou os dados sobre câncer de 2019 e 2020 (março-junho) e revelou uma redução média de 35% nas cirurgias oncológicas no Chile.<sup>19</sup> Foram relatadas reduções leves a moderadas para radioterapia, tratamentos complementares e cuidados paliativos (65%, 58% e 56%, respectivamente). Os dados disponíveis para o Chile mostram uma redução média de 28% para o período mencionado acima.<sup>19</sup> Notavelmente, a maioria dos participantes não relatou interrupções na quimioterapia (60%), terapia hormonal (76%), imunoterapia (58%) e terapia direcionada (58%). Isto está em forte contraste com o resto da região, onde predominantemente foi observado algum nível de interrupção para estes serviços. No entanto, de acordo com o mesmo estudo, foi observada uma leve diminuição nas quimioterapias (18%) de acordo com um prestador público no Uruguai e uma diminuição de apenas 2% conforme relatado pelo Instituto Nacional do Câncer do Chile.<sup>19</sup> (Tabela 45).

Os resultados não refletiram um impacto significativo em relação à mudança no número de novos pacientes com câncer durante os primeiros seis meses da pandemia (março-agosto de 2020). Para o período de setembro de 2020 a setembro de 2021, 74% dos participantes relataram um aumento dos novos casos de câncer. De acordo com dados de prestadores de saúde públicos e privados no Uruguai, houve uma redução média de 26% nas primeiras consultas de oncologia no período de março a junho. O Instituto Nacional do Câncer do Chile relatou uma redução média de 35%.<sup>19</sup> A maioria (68%) espera que os atrasos no diagnóstico do câncer devido à pandemia ultrapassem cinco meses e 91% relataram um aumento nos casos de doença avançada no diagnóstico devido à pandemia. De acordo com isto, 68% relataram um aumento na mortalidade por câncer devido a estes atrasos (Tabela 46).

De acordo com as tendências na região, 86% dos entrevistados observaram uma redução nos programas e atividades de prevenção do câncer nos países do Cone Sul. Em particular, 100% e 98% dos participantes relataram alguma redução nas colonoscopias e mamografias, respectivamente. Além disso, outros métodos de triagem, tais como os testes de antígeno específico da próstata (PSA) (85%) e as tomografias computadorizadas (TC) de tórax (90%) foram substancialmente afetados. Noventa e dois por cento relataram uma redução nos exames de patologia. (Tabela 47). Dados do Uruguai mostram uma redução média de 63,3% nas mamografias de acordo com uma amostra de prestadores privados e uma redução de 29% nos exames de patologia, como relatado pelo Instituto Nacional do Câncer do Chile.

A maioria dos centros do Cone Sul (99%) implementou medidas de adaptação que incluíram a redução das consultas presenciais nas clínicas e a sua substituição por consultas virtuais (66%) e o cancelamento total das consultas presenciais para torná-las completamente virtuais (22%). No entanto, 12% das clínicas continuaram

com consultas de pacientes ambulatoriais, como de costume. A maioria (89%) dos participantes também relatou um tempo maior entre as consultas de acompanhamento. Foram oferecidas opções de atendimento remoto em alguns casos, que incluíram testes de laboratório perto das casas dos pacientes (76%) e entrega domiciliar de medicamentos (37%). Os comitês de tumores, que estavam disponíveis em 87% dos centros antes da pandemia, foram impactados de diversas maneiras. Destes centros, 77% implementaram comitês de tumores virtuais e 15% tiveram comitês de tumores virtuais e presenciais. Olhando para o futuro, é provável que algumas das medidas de adaptação implementadas durante a contingência persistam após a pandemia. Setenta e um por cento acreditam que as consultas virtuais continuarão após a pandemia e 63% consideram que os comitês de tumores virtuais persistirão (Tabela 48).

Em 2020 (março a dezembro), prevaleceram as interrupções nos tratamentos (80%). Este número diminuiu ligeiramente (68%) em 2021 (janeiro-setembro). No entanto, 65% dos participantes relataram que uma proporção de seus pacientes abandonou o tratamento por completo, principalmente devido a razões relacionadas à pandemia (por exemplo, medo de contágio, quarentenas). As interrupções dos tratamentos quimioterápicos foram menos frequentes do que em outros países: Cinquenta e cinco por cento relataram que menos de 10% de seus pacientes perderam pelo menos um ciclo e 53% relataram não ter reduzido o número de ciclos de quimioterapia para seus pacientes. Oitenta e oito por cento dos médicos relataram ter feito mudanças notórias em alguma parte do tratamento dos pacientes. Estas adaptações incluíram o aumento do uso de quimioterapia oral sobre quimioterapia intravenosa (81%) e o desvio das diretrizes clínicas (CPG) ou do padrão de cuidados (SoC), adiando as cirurgias (73%) ou a radioterapia (69%). A maioria dos participantes (88%) relatou danos potenciais aos pacientes causados por interrupções no atendimento. (Tabela 49). A maioria dos entrevistados havia tratado pacientes oncológicos ambulatoriais (87%) e internados (83%) diagnosticados com COVID-19. Setenta e cinco por cento relataram contágios entre o pessoal de oncologia. No entanto, a maioria (64%) não experimentou escassez de equipamento de proteção individual (EPI) em seus centros (Tabela 50).

Setenta e cinco por cento dos participantes indicaram que nem sua instituição nem os provedores de planos de saúde lhes pediram que implementassem medidas de contenção de despesas durante a pandemia. Noventa e três por cento dos entrevistados esperam uma sobrecarga pós-pandêmica de pacientes com câncer. Além disso, a maioria acredita que o sistema de saúde não está preparado para lidar com esta sobrecarga em termos de atribuição de orçamento ou de disponibilidade de pessoal de saúde e instalações especializadas (Tabela 51).

RESULTADOS DA  
ANÁLISE ECONÔMICA DO  
IMPACTO DA COVID-19 NO  
ATENDIMENTO DO CÂNCER  
NA AMÉRICA LATINA



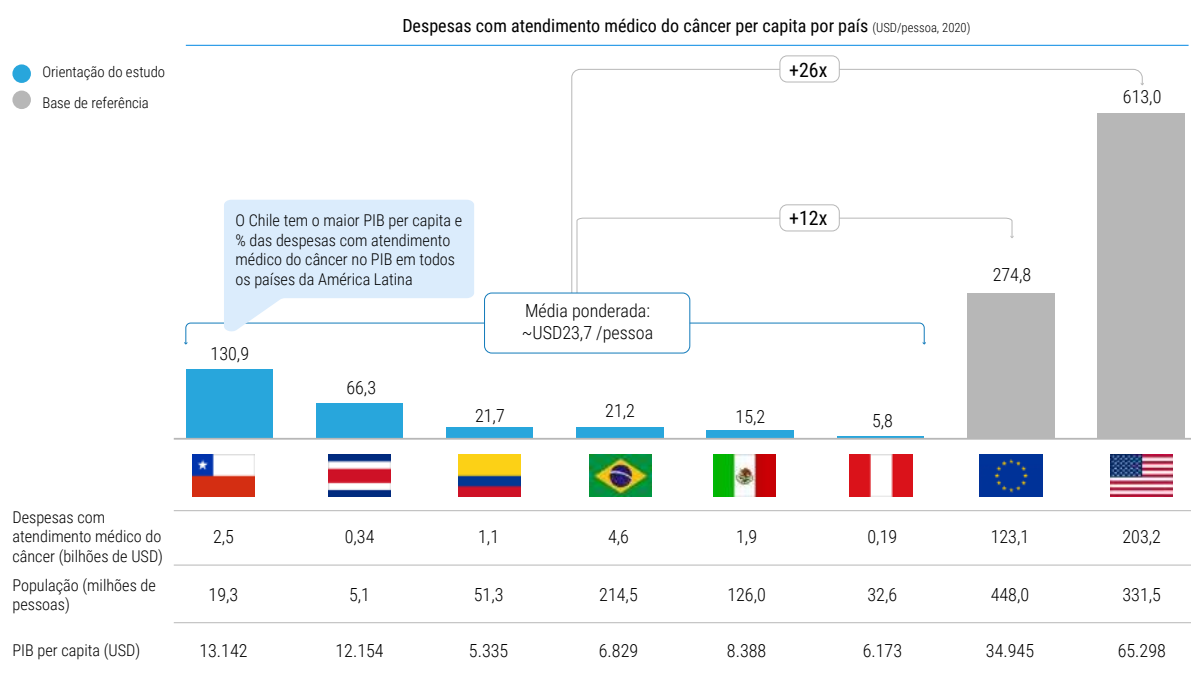
# Resultados da análise econômica do impacto da COVID-19 no atendimento do câncer na América Latina

Este estudo visa estimar o impacto da pandemia da COVID-19 nos pacientes com câncer, no sistema de saúde e na economia em toda a América Latina e no Caribe. A pandemia (além de ter consequências catastróficas diretas na região, com cerca de 16 milhões de infectados, 850.000 mortes<sup>22</sup> e uma redução de 7,4% no PIB<sup>23</sup> regional) teve efeitos diretos e indiretos no tratamento de doenças crônicas como o câncer. As medidas de confinamento impostas pelos governos têm desencorajado as pessoas de realizar consultas médicas e visitar hospitais para evitar contágios. Além disso, a capacidade dos sistemas de saúde já frágeis na América Latina e no Caribe se viu afetada diante da pandemia. Ambos os efeitos se traduzem em interrupções no tratamento de pacientes com câncer e atrasos no diagnóstico e início dos tratamentos. Como resultado, espera-se que os pacientes tenham um estado de saúde mais deteriorado (ou seja, um estágio clínico mais avançado ou mesmo um risco de morte), o que terá impactos econômicos e sociais em seus países.

## Resumo dos impactos

A fim de colocar em perspectiva as estimativas do impacto econômico na ALC, deve-se observar que as despesas com câncer em outras regiões e países ao redor do mundo variam significativamente. Portanto, ao fazer comparações que envolvam o impacto econômico da COVID-19 sobre o câncer na ALC, essas diferenças na magnitude das despesas com câncer devem ser consideradas. Por exemplo, a União Europeia e os Estados Unidos da América têm despesas com câncer per capita 12 vezes maiores (~USD 275/pessoa)<sup>24</sup> e 26 vezes maiores (~USD 613/pessoa)<sup>25</sup>, respectivamente, do que a média ponderada dos países da ALC considerados neste estudo (~USD 24/pessoa)<sup>26-31</sup> (Figura 5).

Figura 5: Despesas totais com atendimento médico do câncer per capita por país e por região (USD/pessoa, 2020).



Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, SciELO, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

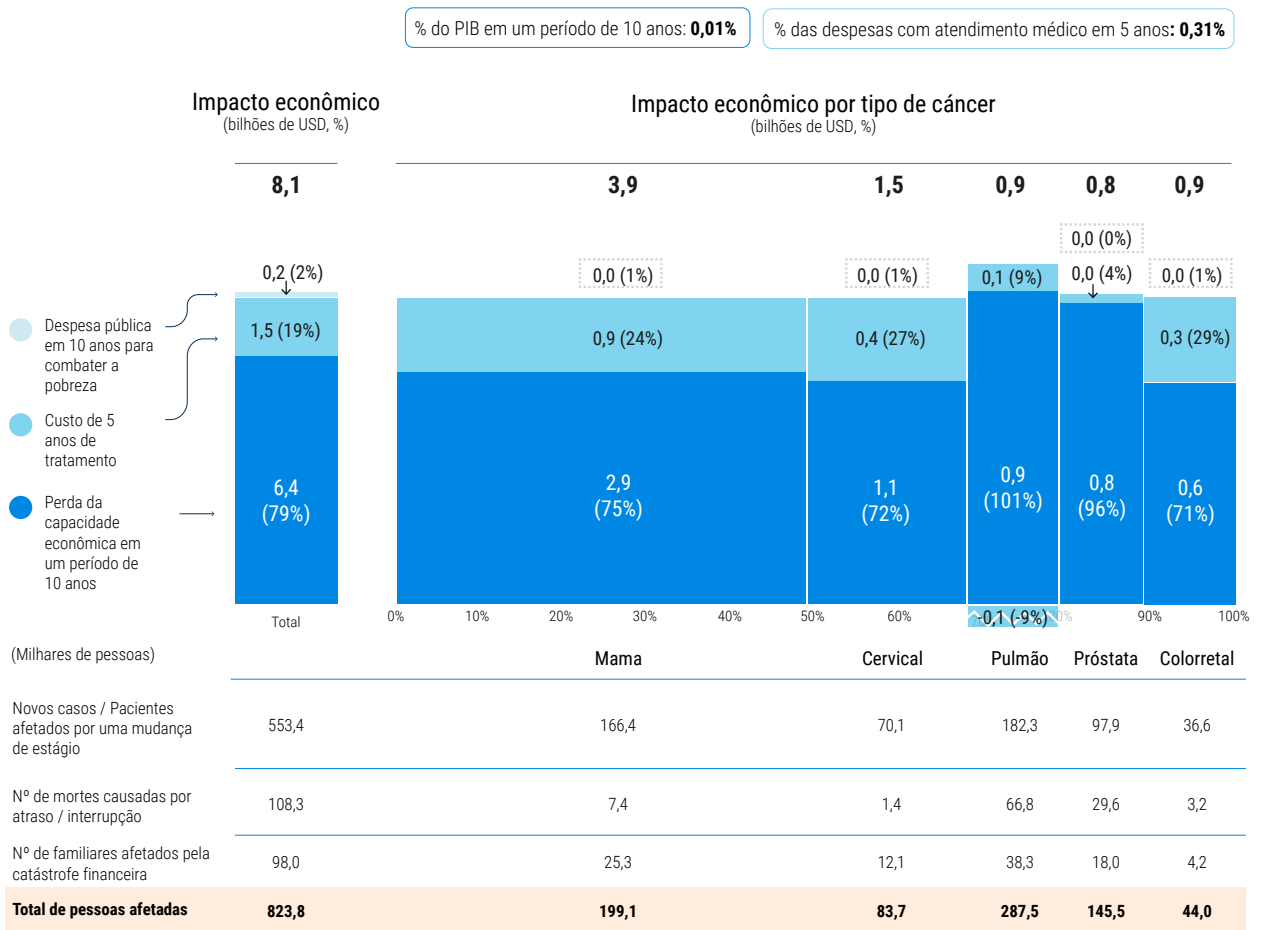
USD: dólares americanos; PIB: produto interno bruto

O impacto econômico total estimado dos atrasos no diagnóstico/início do tratamento do câncer é de USD 8,1 bilhões (faixa de USD 5-10,7 bilhões), além das interrupções de tratamento causadas pela pandemia de COVID-19 na ALC, estimado para afetar 824.000 (faixa de USD 491.000-1.100.000) pessoas que sofrerão uma mudança no estágio clínico, morrerão devido ao atraso no tratamento ou sofrerão uma catástrofe econômica.

Deste impacto econômico estimado, USD 6,4 bilhões (80%) provêm da perda de capacidade econômica em um período de 10 anos, USD 1,5 bilhão (18%) do aumento projetado do custo do atendimento médico para 5 anos de tratamento, e USD 100 milhões (2%) da estimativa das despesas públicas destinadas a combater a pobreza das pessoas empobrecidas pela catástrofe econômica em um período de 10 anos.

O câncer de mama representa USD 3,9 bilhões (~50%) do impacto econômico, pois é responsável por ~50% de todos os casos e tem uma alta taxa de sobrevivência, o que leva os pacientes a um estágio clínico mais caro e mantém o número de mortes baixo. O câncer cervical responde por USD 1,5 bilhões (Figura 6).

**Figura 6: Estimativa do impacto econômico e social na América Latina e no Caribe por efeito e tipo de câncer (bilhões de USD, % e milhares de pessoas)**

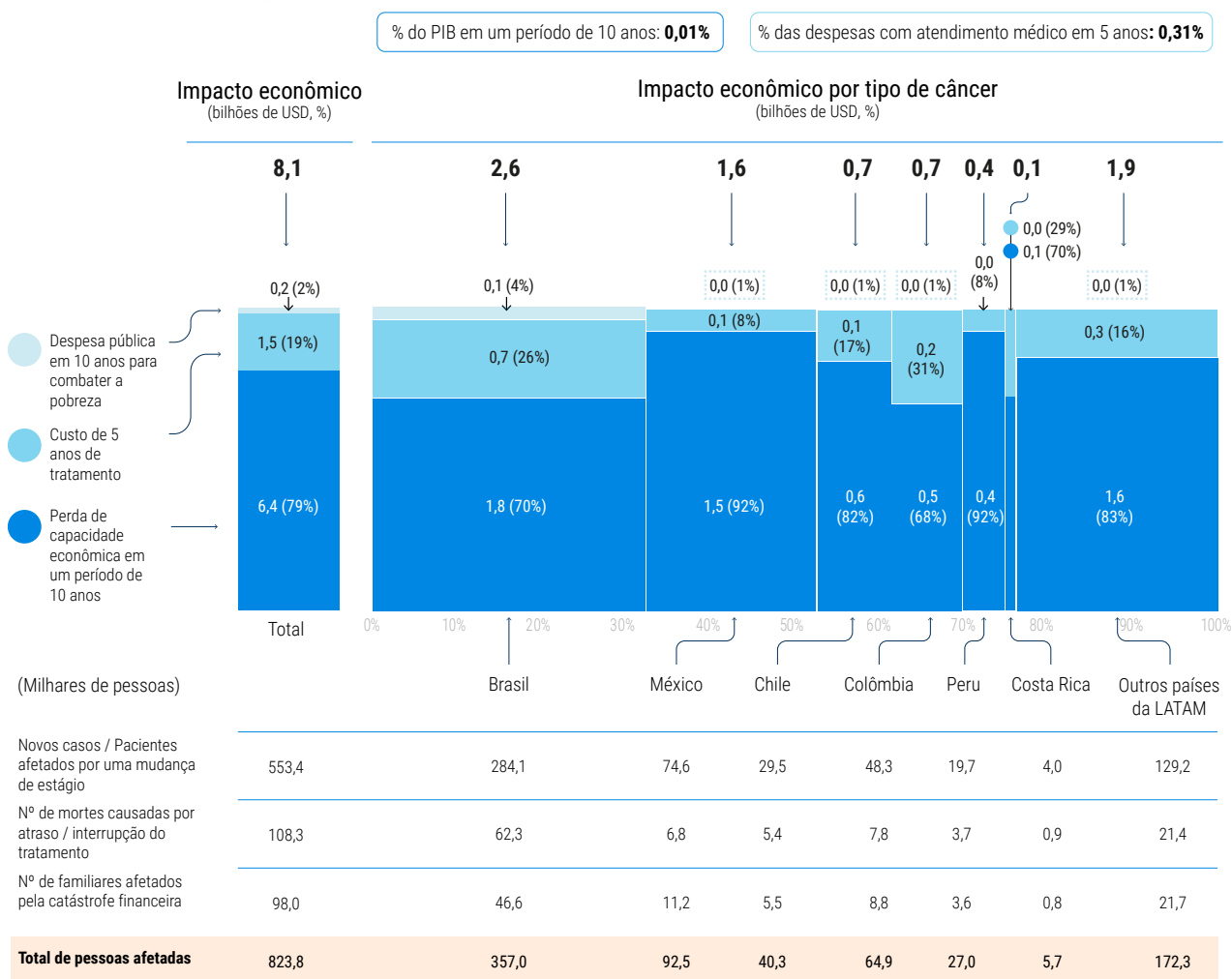


Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, ALHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos; PIB: produto interno bruto

De uma perspectiva geográfica, Brasil e México respondem por USD 4,3 bilhões (~50%) do impacto econômico total estimado na região e 502.000 (~60%) das pessoas afetadas, porque têm uma alta proporção de casos de câncer. Entretanto, o Brasil mostra a maior proporção de despesas estimadas com saúde em câncer em toda a região da ALC (Figura 7).

**Figura 7: Estimativa do impacto econômico e social na América Latina e no Caribe por efeito e país (bilhões de USD, % e milhares de pessoas)**

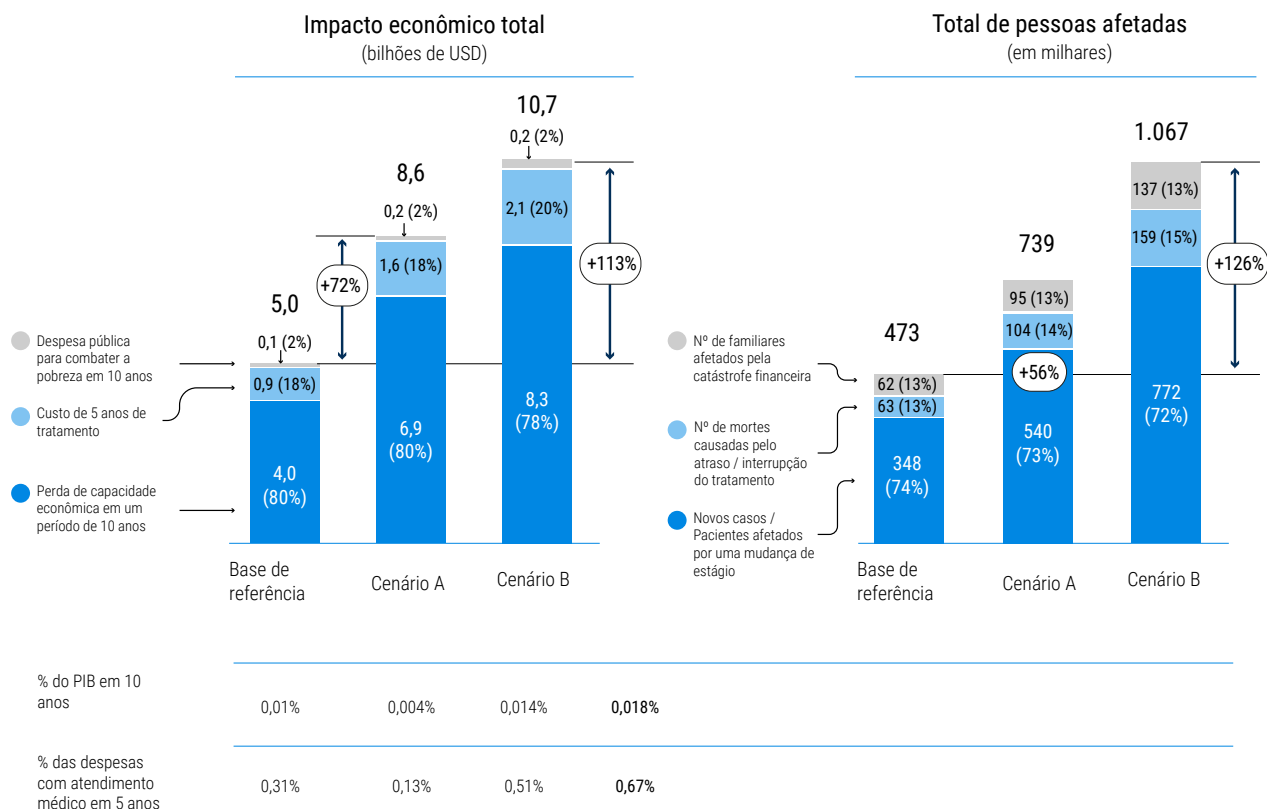


Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHdx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos

De acordo com a análise de cenários, o cenário A aumentaria o impacto econômico para USD 8,6 bilhões (+72% sobre a base de referência) com um total de 739.000 pessoas afetadas (+56% sobre a base de referência). No cenário B, espera-se que o impacto econômico potencial seja de USD 10,7 bilhões (+113% sobre a base de referência), com um total de 1,1 milhões de pessoas afetadas (+126% sobre a base de referência) (Figura 8).

Figura 8: Análise de cenários do impacto econômico e social total na América Latina e no Caribe (bilhões de USD, milhares de pessoas)



Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos

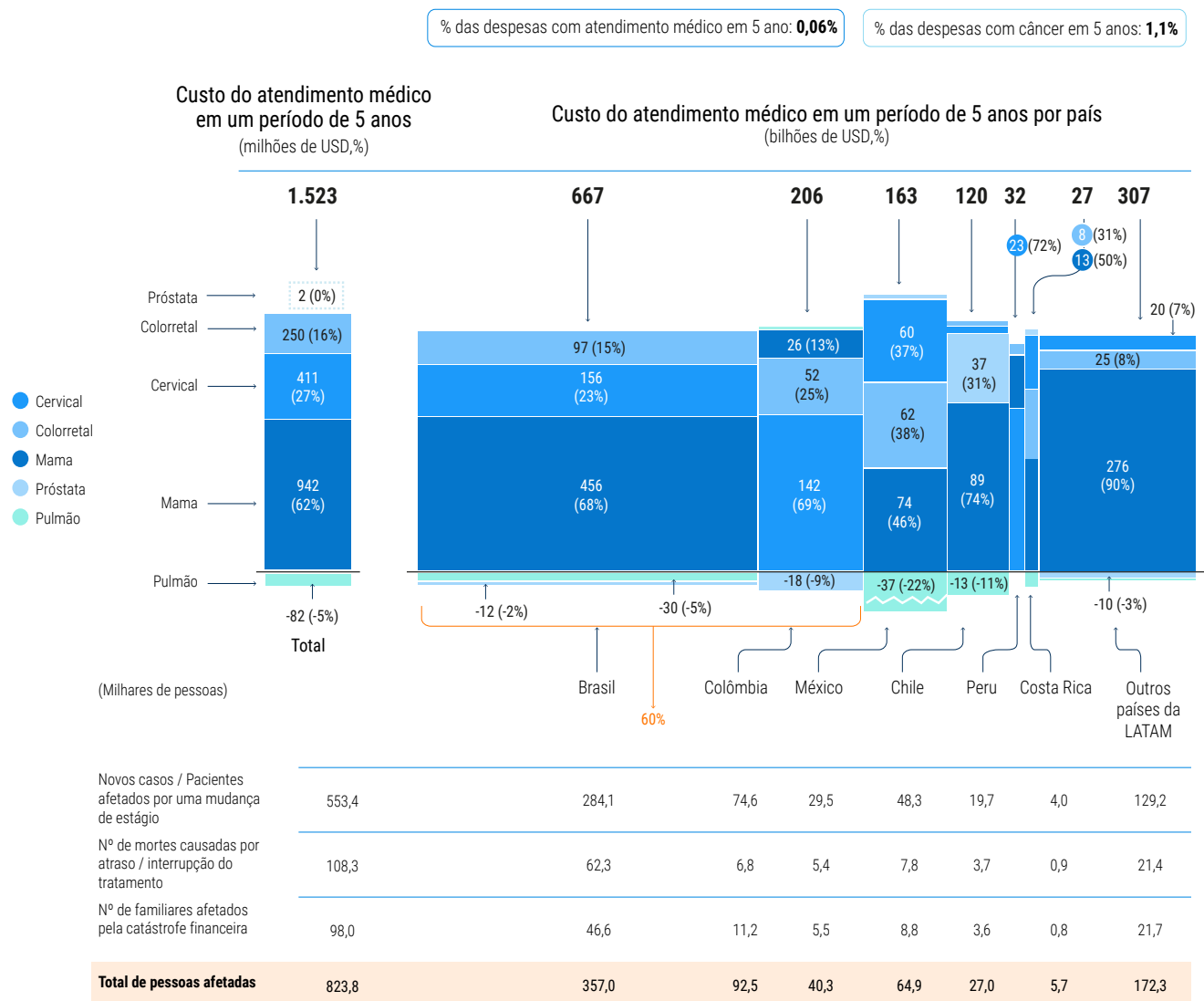
## Impacto direto da COVID-19 nos sistemas de saúde: atendimento do câncer

### Impacto do custo de 5 anos de tratamento

Espera-se que o custo de 5 anos de tratamento do câncer aumente para USD 1,5 bilhões devido aos atrasos no tratamento causados pela COVID-19. Os cânceres de mama e cervical representam USD 1,4 bilhões (~93%) do total, como resultado da alta proporção de casos de câncer de mama e da alta concentração de câncer cervical em estágios clínicos iniciais.

Os cânceres de pulmão e de próstata parecem ter um efeito positivo no custo de 5 anos de tratamento, porque a maioria dos pacientes está em estágios avançados e as taxas de sobrevivência ao câncer de pulmão são baixas. No entanto, isso se dá à custa de 84.000 mortes. Geograficamente, Brasil e Colômbia representam USD 873 milhões do custo de tratamento de 5 anos (~60%); a Colômbia é o segundo país mais afetado pelo impacto do câncer cervical, já que metade dos casos com mudança de estágio estão em estágios iniciais (I-II), onde os custos de tratamento aumentam em 75% (Figura 9).

Figura 9: Estimativa do aumento do custo do tratamento em um período de 5 anos por tipo de câncer e país na América Latina e no Caribe (bilhões de USD, milhares de pessoas)



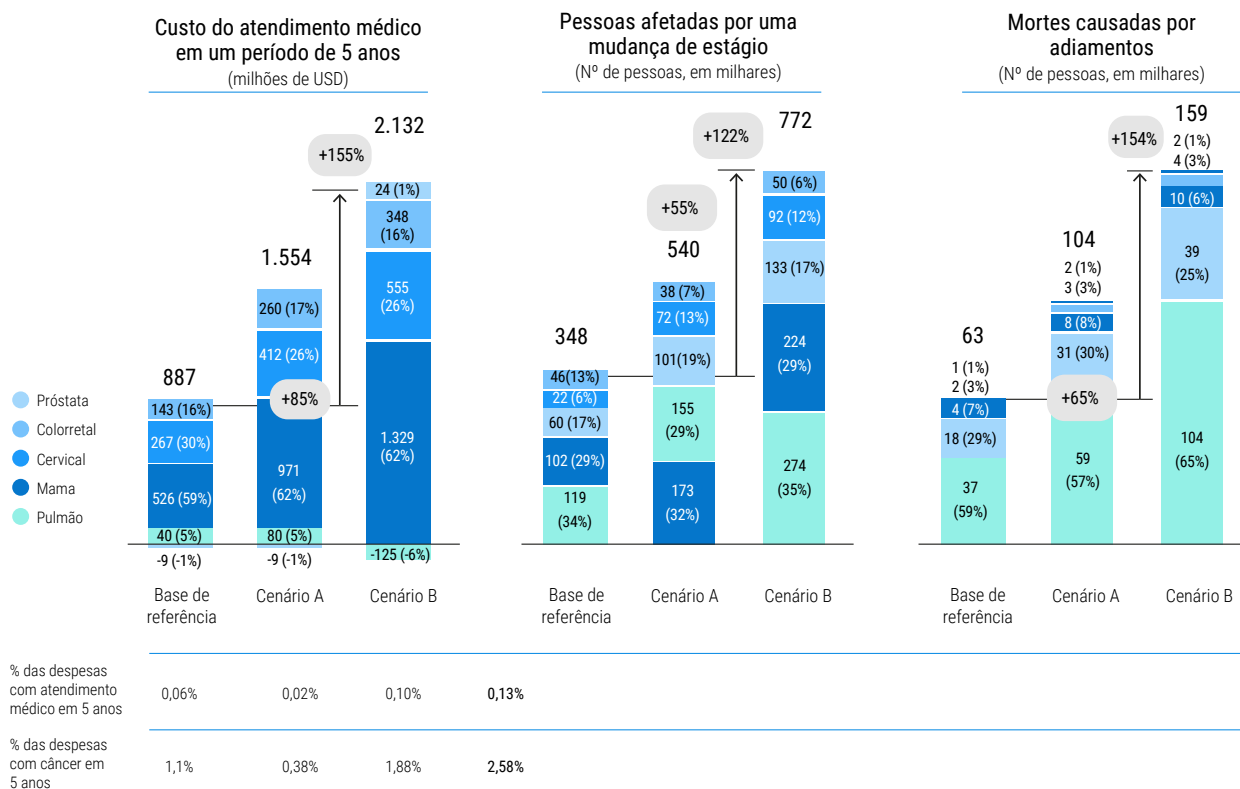
Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos

Em termos de impacto social, o número total de pessoas afetadas por uma mudança no estágio clínico devido a um atraso no tratamento é estimado em 553.000, das quais 453.000 progridem para um estágio clínico mais avançado e 108.000 morrem. Brasil, Colômbia e México respondem por 570.000 dos afetados (69%) e 77.000 dos mortos (71%).

De acordo com a análise de cenários, o custo de 5 anos de tratamento deverá aumentar para USD 1,554 bilhões no cenário A (+85% sobre a base de referência). Os afetados atingiriam 875.000 pessoas (+78% sobre a base de referência), o que inclui 104.000 mortes (+65% sobre a base de referência). No cenário B, o custo de 5 anos de tratamento aumentaria para USD 2.132 milhões (+155% sobre a base de referência), com 1,1 milhão de pessoas afetadas (+124% sobre a base de referência) e 159.000 mortes (+154% sobre a base de referência) (Figura 10).

Figura 10: Análise de cenários do aumento do custo do tratamento em um período de 5 anos, do total de pessoas afetadas e das mortes causadas por tipo de câncer e país na América Latina e no Caribe (bilhões de USD, milhares de pessoas)



Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

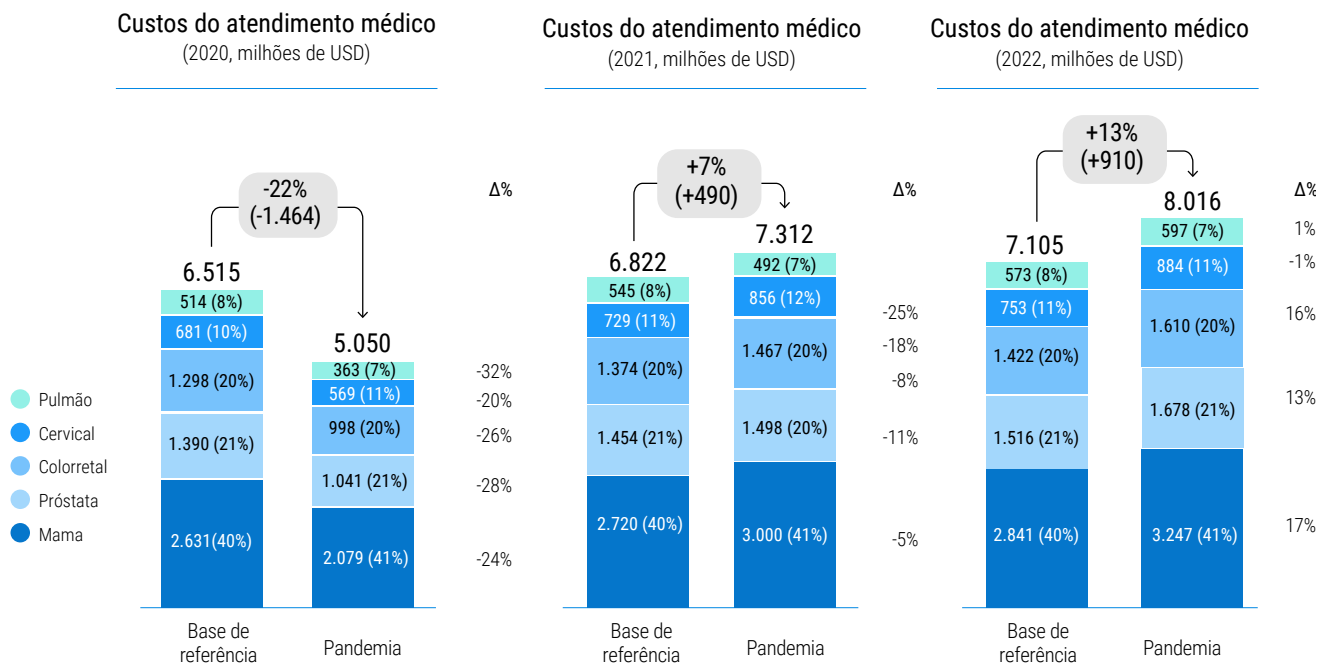
USD: dólares americanos

### Evolução das despesas anuais com câncer no período 2020-2022

Esta análise foi conduzida para entender quais serão as necessidades de despesas governamentais com câncer na ALC durante o período mais crítico da pandemia em comparação com a base de referência sem a COVID-19. Ao contrário do impacto do custo de 5 anos de tratamento, que fornece uma perspectiva estática, esta análise é dinâmica e leva em conta tanto quando os pacientes interrompem e retomam o tratamento como quando novos casos entram no sistema. Portanto, os resultados desta variação nas despesas anuais não devem ser adicionados ao aumento do custo de 5 anos de tratamento.

No cenário da base de referência, os resultados mostram que o impacto total sobre as despesas com câncer será observado em 2022, com um aumento de 13% sobre a base de referência, pois não haverá mais atrasos em novos casos e os casos afetados no ano anterior retomarão o tratamento. Em 2021, espera-se um aumento de 7% nas despesas com câncer em relação à base de referência, como resultado de um efeito combinado de novos casos e pacientes do ano anterior que retornam ao tratamento a um custo maior, pessoas que morrem devido a atrasos e pessoas que adiam o tratamento para o ano seguinte. Em 2020, espera-se uma redução de 22% nas despesas em relação à base de referência devido aos pacientes que adiam o tratamento para o ano seguinte ou morrem durante o adiamento do tratamento. Após 2022, espera-se que as despesas anuais variem da base de referência em cada um dos países, dependendo da distribuição dos tipos de câncer que tenham, pois existe um efeito combinado de pacientes que recebem um tratamento mais caro contra o câncer e aqueles que morrem mais rapidamente devido a um estágio clínico mais avançado (Figura 11).

Figura 11: Estimativa da variação anual das despesas com câncer para o sistema de saúde no período 2020-2022 na América Latina e no Caribe (milhões de USD, % de mudança)



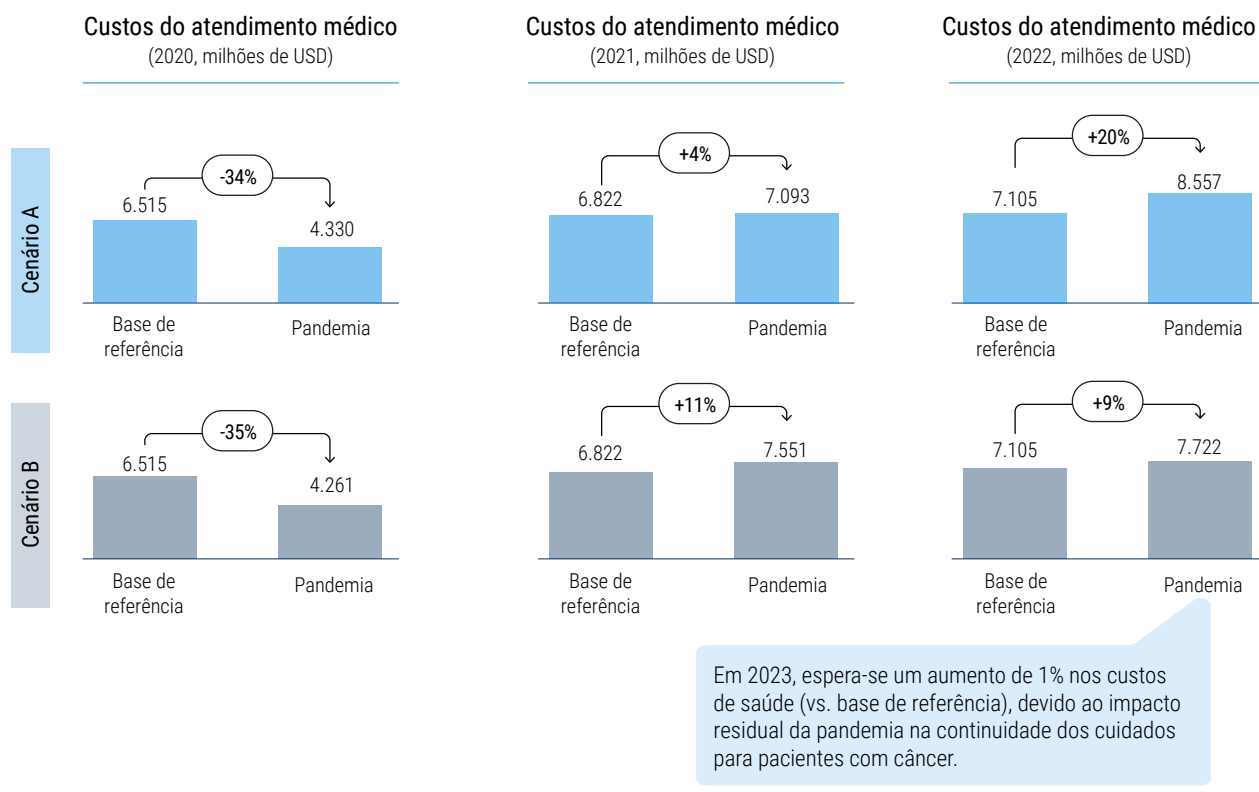
- Diferente do impacto do custo de 5 anos de tratamento, que oferece uma perspectiva estática, esta é uma análise dinâmica que explica o momento em que ingressam pacientes e novos casos no sistema. Por isso, não se espera que os resultados sejam adicionados ao custo de 5 anos de tratamento
- Ainda que a maior parte do impacto será vista no período 2020-2022, esperamos um leve aumento do custo depois de 2022 por causa dos pacientes que no futuro sigam um tratamento mais caro como resultado da mudança no estágio clínico

Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos

Considerando a análise de cenários realizada, as despesas com câncer em 2022 com uma pandemia podem ser esperadas entre 9% e 20% acima da base de referência, de acordo com os cenários A e B. Em 2021, as despesas com câncer podem se tornar 4% a 11% maiores do que na base de referência. Em 2020, é possível que as despesas sejam 34-35% inferiores às do cenário de parâmetros de referência. Isto representa um efeito progressivo sobre as despesas com câncer já incorridas na base de referência.

Figura 12: Análise de cenários da variação anual das despesas com câncer para o sistema de saúde no período 2020-2022 na América Latina e no Caribe (milhões de USD, % de mudança)



Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos

## Impacto indireto da COVID-19 nos sistemas de saúde: atendimento do câncer

### Perda de capacidade econômica durante um período de 10 anos

A perda de capacidade econômica em 10 anos é estimada em USD 6,3 bilhões (~80% do impacto econômico total). Deste impacto, USD 4 bilhões (mais da metade da capacidade perdida) estão concentrados nos cânceres de mama e cervicais, o que mostra um impacto desproporcional nas mulheres.

Do ponto de vista geográfico, Brasil e México são responsáveis por ~50% deste impacto econômico; no México, o câncer de mama mostra um impacto maior do que em outros países, devido à taxa de sobrevivência 18% menor em estágios iniciais. É importante notar que, no México, o câncer de mama apresenta uma baixa proporção de perda de capacidade econômica em comparação com outros países, que é provavelmente o resultado de um problema sistêmico de falta de diagnóstico (Figura 13).

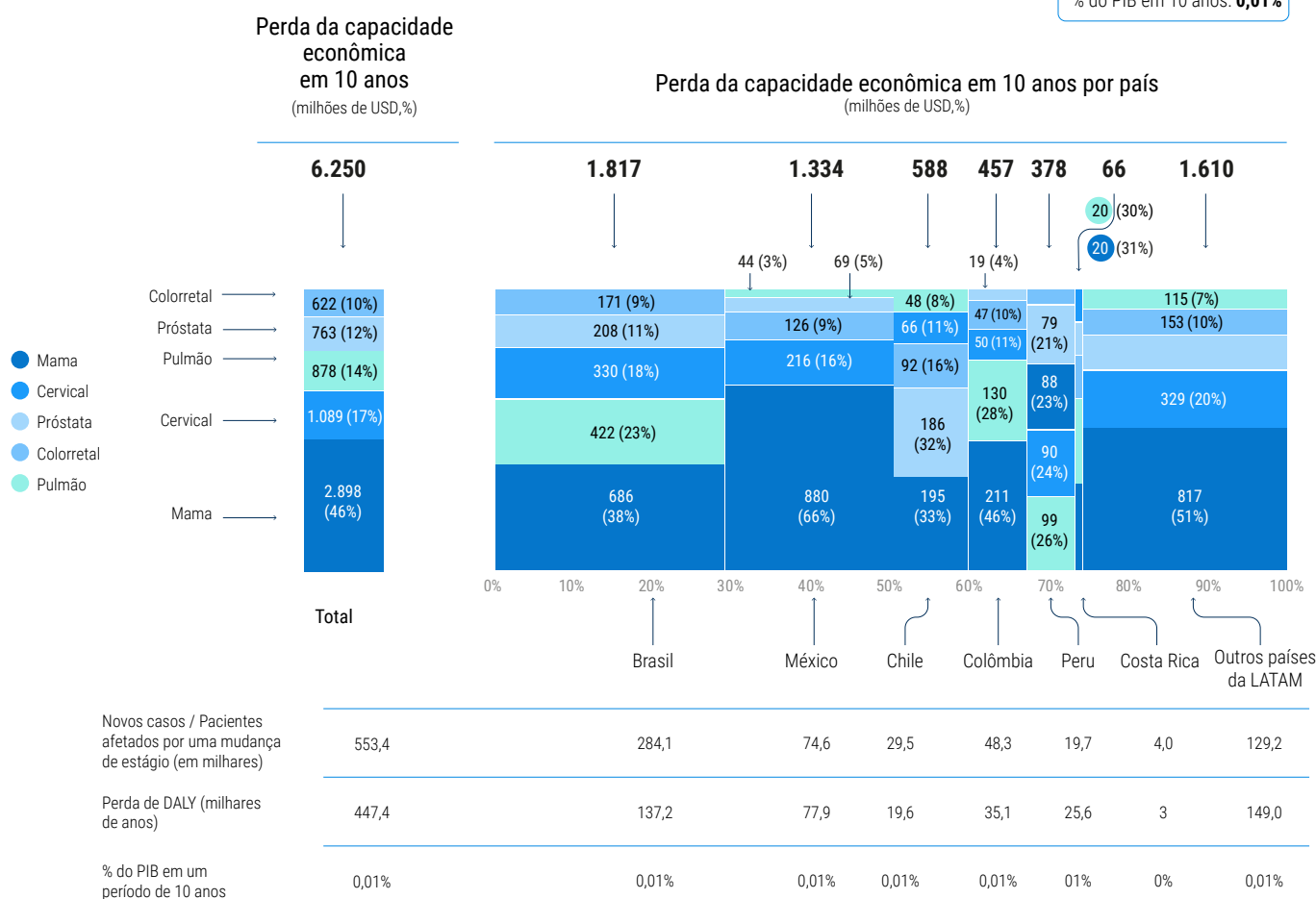
Em termos de impacto social, como mencionado acima, o número total de novos casos e pacientes afetados por uma mudança de estágio é estimado em 553.000. Entretanto, o efeito das mortes se traduz agora em 447.000 DALY perdidos em toda a região. O Brasil e o México respondem por quase ~50% dos DALY perdidos na região de ALC (Figura 13).



De acordo com a análise de cenários, a perda de capacidade econômica no cenário A é estimada em USD 6,4 bilhões (-60% em relação à base de referência) e os DALY perdidos em 10 anos equivalem a 716.000 anos (+60% em relação à base de referência). No cenário B, a perda de capacidade econômica aumentaria para USD 8,3 bilhões (+107% em relação à base de referência) e os DALY perdidos em 10 anos equivaleriam a 917.000 anos (+105% em relação à base de referência) (Figura 14).

Figura 13: Estimativa da perda da capacidade econômica em 10 anos por tipo de câncer e país na América Latina (milhões de USD, milhares de pessoas)

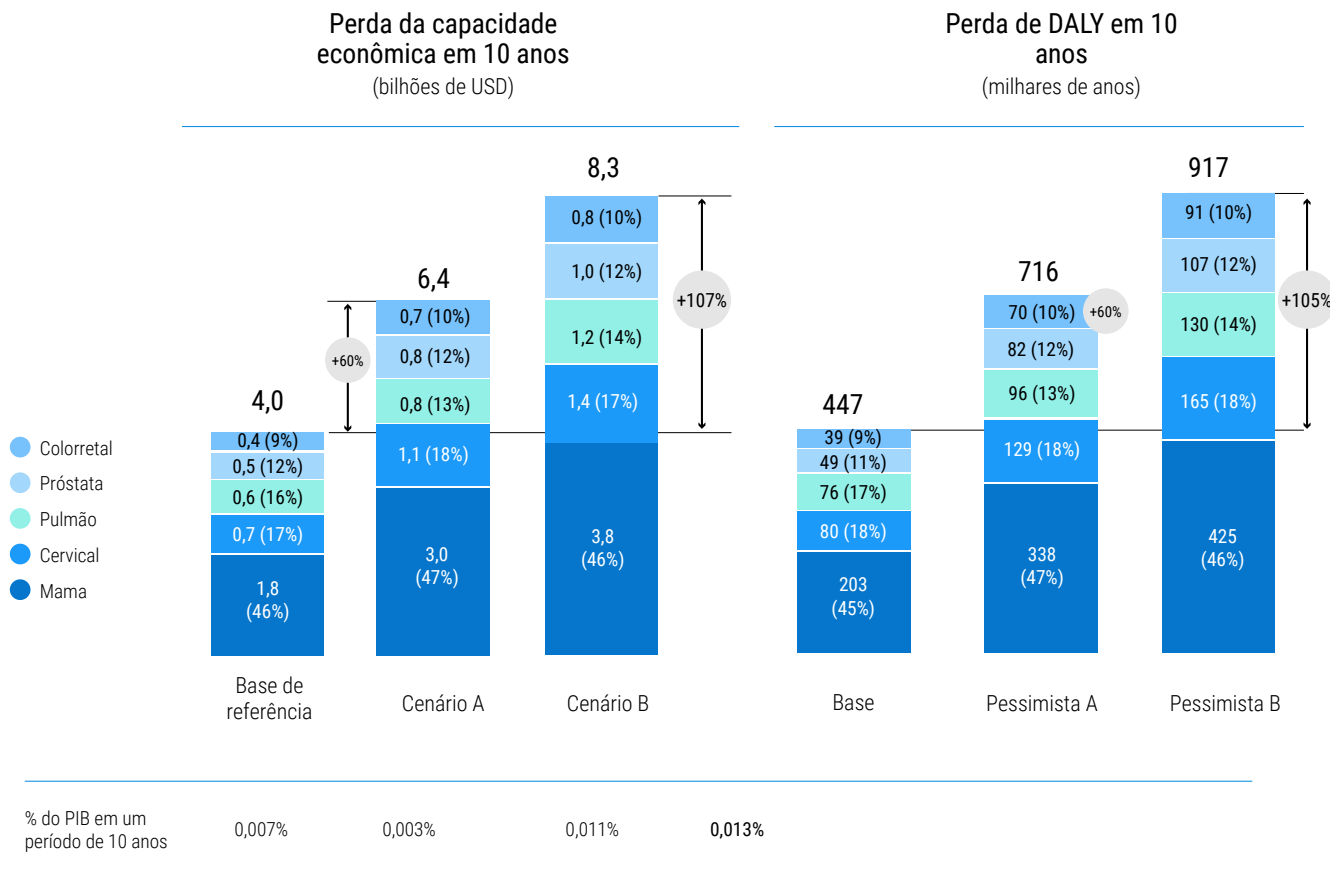
% do PIB em 10 anos: **0,01%**



Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos; DALY: anos de vida ajustados por incapacidade; PIB: produto interno bruto

Figura 14: Análise de cenários da perda da capacidade econômica e dos DALY em 10 anos devido aos diferentes tipos de câncer na América Latina e no Caribe (bilhões de USD, milhares de anos)



Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos; DALY: anos de vida ajustados por incapacidade

### Despesas públicas para combater durante 10 anos a pobreza da população empobrecida pela catástrofe econômica

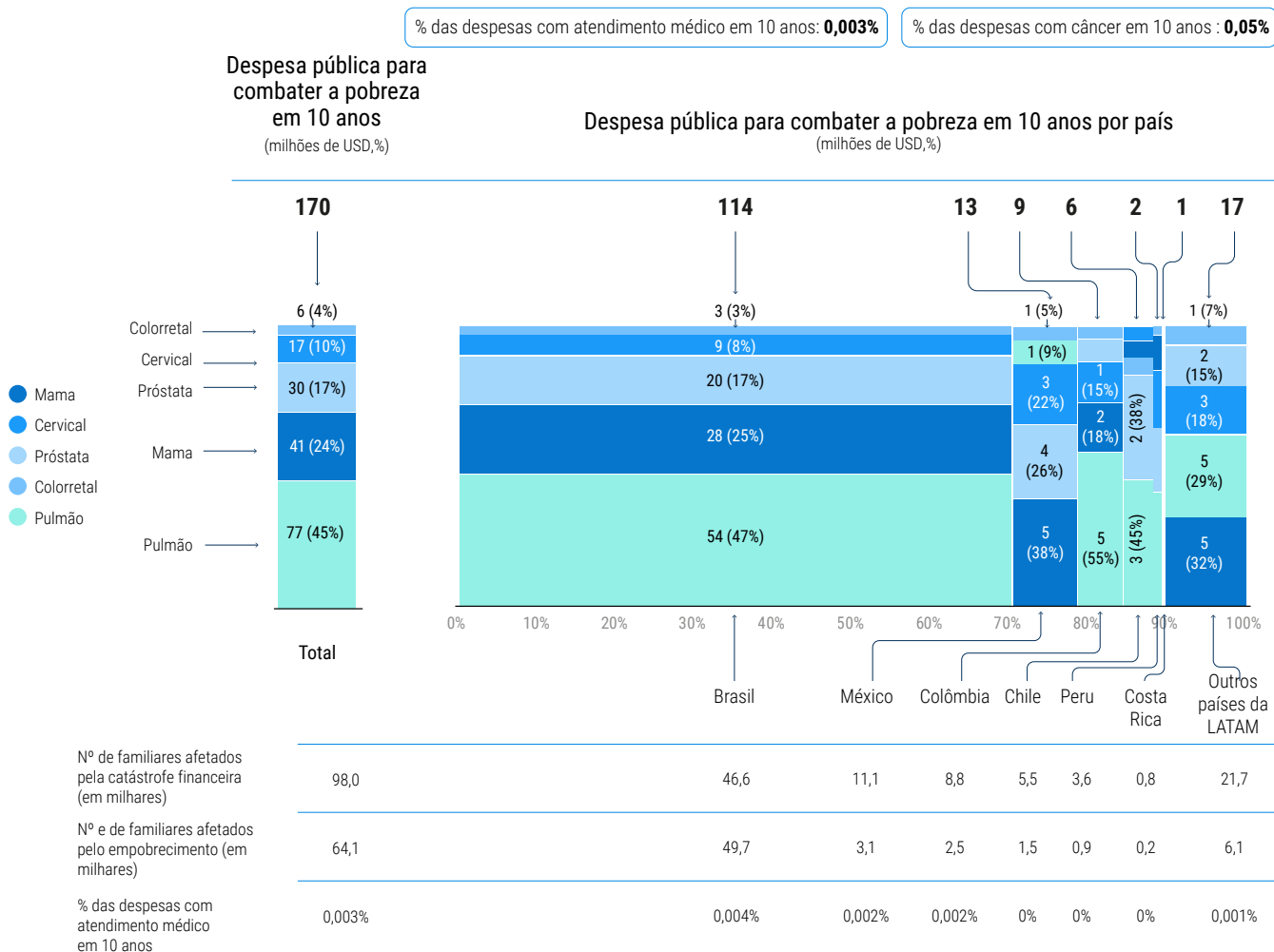
Embora sejam necessárias despesas públicas adicionais para combater durante 10 anos a pobreza ocasionada pela pandemia entre as pessoas empobrecidas pela catástrofe econômica, o impacto será relativamente pequeno: USD 170 milhões (2% do total). Do ponto de vista social, representa 98.000 familiares atingidos pela catástrofe financeira, dos quais 64.000 ficaram empobrecidos.

Na região, o Brasil representa USD 114 milhões (70%) deste impacto econômico, o que se traduz em 96.000 (~46%) dos familiares afetados pelo empobrecimento causado pela catástrofe econômica. Em segundo lugar, o México responde por USD 13,5 milhões (~8%) e a Colômbia, por USD 9 milhões (~6%), com ~4.000 (~11%) e ~3.000 (~9%) familiares empobrecidos, respectivamente. Estes números são claramente mostrados na Figura 15.

Além disso, 86% das despesas públicas adicionais para combater a pobreza durante 10 anos estão concentradas nos três principais tipos de câncer: de pulmão, de mama e de próstata. De acordo com a metodologia aplicada, os pacientes com cânceres que concentram casos em estágios clínicos iniciais ou tardios têm um risco maior

de cair em uma catástrofe econômica. Este é o caso para os tipos de câncer acima mencionados. Assim, o câncer de pulmão representa USD 77 milhões (48% do total), seguido pelo câncer de mama com USD 41 milhões (25% do total) e o câncer de próstata com USD 30 milhões (18% do total) (Figura 15).

**Figura 15: Estimativa do impacto econômico na despesa pública destinada para combater a pobreza em 10 anos, e para familiares afetados pela catástrofe financeira e o empobrecimento (milhões de USD, milhares de pessoas)**

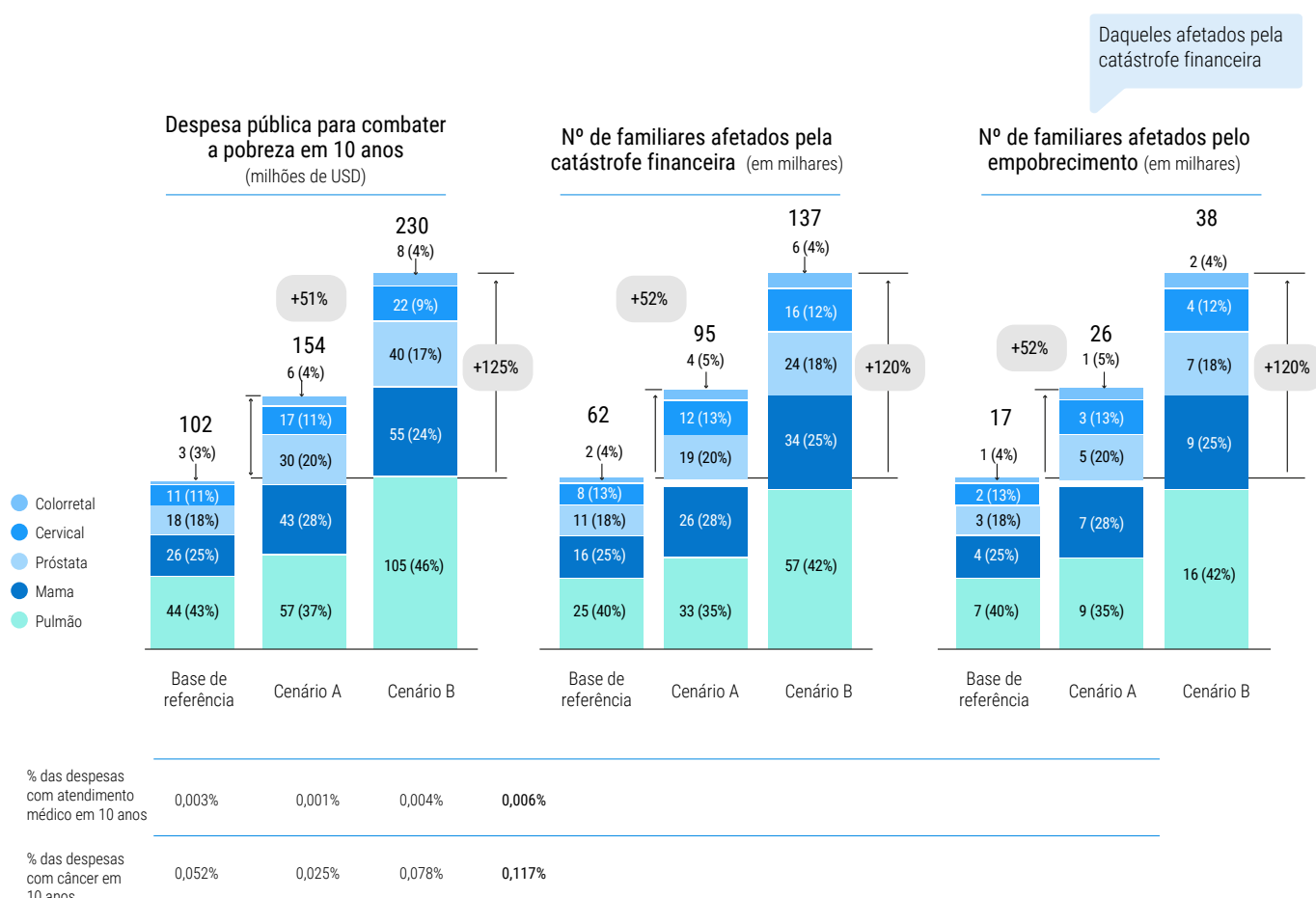


Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos

Foi realizada uma análise de cenários para ver o impacto econômico total das despesas públicas alocadas para combater a pobreza causada pela catástrofe financeira durante um período de 10 anos. No cenário A, o impacto econômico total das despesas públicas atinge USD 154 milhões (+51% sobre a base de referência) e afeta um total de 95.000 familiares como resultado da catástrofe financeira (+52% sobre a base de referência), dos quais 26.000 terão caído na pobreza (+52% sobre a base de referência). O Cenário B sugere um aumento de custos de USD 230 milhões (+125% sobre a base de referência), o que significa que 137.000 familiares (+120% sobre a base de referência) seriam afetados pela catástrofe econômica, dos quais 38.000 cairiam na pobreza (+120% sobre a base de referência) (Figura 16).

**Figura 16: Análise de cenários do impacto econômico total da despesa pública destinada para combater a pobreza em 10 anos, e dos familiares afetados pela catástrofe financeira e o empobrecimento (milhões de USD, milhares de pessoas)**



Fonte: Análise de EY-Parthenon, Expansão, GLOBOCAN, Medigraphic, Journal of Clinical Oncology, AIHW, GHDx health data, Oxford Economics, Plos One, IMSS, Anais de Radiografia México, INEN, CIDE, Science Direct, Cancer.org, The Economist, OECD, Revista Colombiana de Cancerologia, OPS, Scielo, Instituto de Cancerologia, Elsevier, Universidade Continental Lima Peru, Andina, Financiamento e Economia da Saúde, Our World in Data, Gazeta Mexicana de Oncologia, Goldsbury DE, MINSA Peru, CEPAL, World Health Organization

USD: dólares americanos

# CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

## Conclusões

Esta pesquisa confirma o impacto de longo alcance da pandemia de COVID-19 em todos os aspectos e partes interessadas do tratamento do câncer na ALC. O impacto econômico da pandemia sobre as OP e seus pacientes na região da ALC é significativo, acrescentando uma nova dimensão que deve ser analisada com precisão, pois requer respostas específicas. A situação socioeconômica na região da América Latina se deteriorou, afetando particularmente os grupos vulneráveis, como os pacientes com câncer, especialmente aqueles com menos recursos econômicos. Há um atraso geral no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento de pacientes com câncer na região. Assim, é iminente uma situação que será difícil de administrar para os sistemas de saúde da região, já que mais pacientes serão diagnosticados em estágios tardios e será mais complexo o gerenciamento clínico de seus perfis de saúde. A realidade de uma nova onda de casos de câncer que chegará com maiores dificuldades será notavelmente exacerbada pelo impacto econômico significativo que a pandemia tem tido sobre os países da região, já que esses futuros pacientes terão diagnósticos posteriores e seu tratamento será mais complicado. Isto levou as organizações a repensar sua estrutura de ação, enquanto existe uma grande necessidade de mecanismos específicos de apoio por parte dos governos da ALC para enfrentar a situação. Além disso, a pandemia da COVID-19 aumentou o impacto desproporcionado de cuidados não remunerados sobre as mulheres e meninas. A maior carga que recaiu sobre as mulheres e meninas continuará a aprofundar uma crise de desigualdade de gênero já existente.

Por outro lado, quase todos os centros da região foram afetados até certo ponto e muitos foram incapazes de manter o mesmo nível de atendimento que antes da pandemia e tiveram que implementar várias medidas para se adaptar. No entanto, os atrasos no início do tratamento e a interrupção dos tratamentos em andamento, assim que os cuidados paliativos e de apoio insuficientes e os desvios do padrão de cuidados provocados pelas condições pandêmicas afetarão inevitavelmente os resultados dos pacientes. Os programas de triagem e prevenção têm mostrado uma diminuição sem precedentes que pode fazer recuar o importante progresso feito na prevenção do câncer e nos esforços de diagnóstico. A triagem de mamografia para câncer de mama foi o método de prevenção mais afetado pela pandemia, impactando milhões de mulheres, já que o câncer de mama é o câncer mais comum nas mulheres da ALC. Quando detectado precocemente, é diagnosticado em grande medida, mas isto pode ser feito principalmente através de programas de triagem eficazes. O impacto potencial das iniciativas de triagem e prevenção é substancial em termos de atrasos no diagnóstico oportuno e no estadiamento de novas pacientes. Os efeitos posteriores desses atrasos provavelmente surgirão nos próximos meses e anos à medida que as pacientes apresentarem doenças mais avançadas e os sistemas de saúde enfrentarem o acúmulo de pacientes. Se a situação exibida pela maioria dos países se tornar uma tendência, o impacto composto de saúde e econômico pós-pandêmico provavelmente sobrecarregará os sistemas de saúde com um excesso de demanda.

Embora algumas das medidas tomadas para mitigar o impacto da pandemia no gerenciamento do câncer tenham sido baseadas em diretrizes e experiências anteriores com surtos infecciosos, esta pandemia continua a revelar fatores desconhecidos e tem tido um efeito heterogêneo em diferentes países e até mesmo em instituições individuais. O impacto dessas decisões e adaptações nos resultados dos pacientes e no tratamento do câncer em geral deve ser pesquisado para gerar evidências que possam orientar a reorganização dos serviços de câncer e maximizar o uso dos limitados recursos disponíveis para futuros surtos ou crises.

A pandemia da COVID-19 continuará a ter um impacto econômico e social considerável sobre o câncer na ALC, já que as interrupções no tratamento, assim que os atrasos no diagnóstico de novos casos e no início do tratamento, resultarão no agravamento do prognóstico e dos resultados dos pacientes. O impacto econômico total estimado neste estudo totaliza USD 8,0 bilhões (faixa de USD 5,0 - 10,7 bilhões) e afeta um total de 824.000 (faixa de 491.000 - 1.100.000) que serão submetidos a uma mudança de estágio clínico, morrerão devido ao atraso no tratamento ou cairão em uma catástrofe financeira e no empobrecimento. Este estudo

também expõe o impacto desproporcionado da pandemia da COVID-19 sobre a saúde da mulher. Os cânceres de mama (USD 3,9 bilhões) e cervicais (USD 1,5 bilhões) são responsáveis por mais de 50% do impacto econômico total estimado, o que põe em destaque a urgência de políticas e intervenções especificamente adaptadas à saúde da mulher. Além disso, estes dois cânceres também são responsáveis por mais da metade da capacidade econômica total perdida em 10 anos, tornando as mulheres as mais profundamente afetadas.

As conclusões deste relatório evidenciam que a pandemia da COVID-19 teve um impacto desproporcionado sobre as mulheres na ALC, exacerbando a desigualdade de gênero na saúde. O gênero é um determinante conhecido da saúde, mas quando se trata de analisar as consequências diferenciais da pandemia, esta perspectiva não tem sido amplamente estudada. A ausência de estatísticas desagregadas por sexo que reflitam a experiência de vida das mulheres e das meninas torna muitas desigualdades de gênero invisíveis. No contexto da COVID-19 e tratamento do câncer, são necessários dados precisos sobre saúde e resultados sociais para compreender melhor os possíveis efeitos. Além disso, durante a pandemia, o papel do cuidador expôs as mulheres a um risco maior de contrair a COVID-19, bem como a um aumento das tensões mentais, físicas e financeiras. Se o gênero não for tratado especificamente, os impactos da pandemia ameaçarão o desenvolvimento e o bem-estar das mulheres em termos de saúde, emprego e bem-estar social. Quanto mais rápido os formuladores de políticas e líderes empresariais atuarem para aumentar a igualdade de gênero, maiores serão os benefícios não apenas para a equidade entre sexos, mas também para o crescimento econômico e para a sociedade como um todo.

Mesmo antes da pandemia, a crescente carga de câncer na ALC representava um grave problema de saúde pública para a região devido a barreiras inerentes que desafiam a prestação dos tratamentos de câncer. As áreas que necessitam de melhorias incluem financiamento para o tratamento e o controle do câncer, sistemas de saúde fragmentados, má distribuição dos serviços de câncer, atrasos no diagnóstico e no acesso ao tratamento, registros de câncer insuficientes ou inadequados, lacunas na cobertura de saúde e serviços de cuidados paliativos insuficientes. A pandemia da COVID-19 exacerbou estas lacunas no tratamento do câncer criadas pelas disparidades no acesso aos recursos e agravou a desigualdade de gênero. Este estudo foi concebido como uma ferramenta para priorizar de forma direcionada as iniciativas para mitigar os efeitos diretos e indiretos da pandemia no tratamento do câncer e para que os países estejam melhor preparados para enfrentar os próximos desafios. Para este fim, é proposto um conjunto de recomendações, focando especificamente em diminuir o impacto negativo da pandemia da COVID-19 no tratamento e controle do câncer na ALC e mitigar a iminente carga de saúde pública induzida pela pandemia. Estas recomendações exigem iniciativas coordenadas com uma abordagem transversal e de diversas partes interessadas que inclua o aproveitamento da tecnologia e a implementação de abordagens inovadoras. Estas recomendações são adaptadas ao contexto específico e às complexidades do sistema de saúde e da população da ALC, mas podem ser relevantes para outros contextos de recursos limitados. A falta de promoção e desenvolvimento de políticas públicas de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno e apropriado, afeta negativamente tanto o controle do câncer quanto o desenvolvimento econômico e o bem-estar social.

## Recomendações

**Defender políticas públicas e programas específicos de apoio** destinados a fazer face aos novos problemas que os pacientes enfrentam, criados pela deterioração da situação econômica na ALC, a qual afeta particularmente os grupos vulneráveis, como os pacientes com câncer e seus cuidadores. A dimensão econômica do impacto da pandemia sobre organizações relacionadas ao câncer e seus pacientes provavelmente terá um impacto sustentado, pelo menos a médio prazo. Assim, as soluções devem ser desenvolvidas metodicamente e não apenas com uma perspectiva de curto prazo e temporária, especialmente nas seguintes áreas:

- Dar apoio aos pacientes que sofreram a perda de emprego e, em determinados casos, a consequente perda de cobertura de saúde

**As organizações relacionadas ao câncer devem mapear novos atores e programas**, especialmente aqueles na esfera social, para criar sinergias que ajudem os pacientes com suas novas necessidades e apoiem a sustentabilidade dessas organizações, que tem sido desafiada pelo impacto econômico da pandemia, já que tanto a demanda quanto a oferta de atividades e serviços para pacientes e cuidadores tem aumentado significativamente, enquanto a renda tem diminuído.

**Os governos devem reconhecer e compreender a carga reprimida do câncer** gerada pela pandemia e desenvolver uma estratégia dedicada e abrangente com o objetivo de reduzir a mortalidade por câncer, mitigando os atrasos e as interrupções na prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer:

- Adaptar ou desenvolver planos nacionais de controle do câncer que contemplem o impacto da pandemia e garantir a capacidade diagnóstica adequada e a eficiência das vias de tratamento necessárias para o controle e o tratamento do câncer.
- Desenvolver um plano priorizado para reimplementar as atividades de triagem e prevenção para a detecção precoce do câncer a fim de reduzir os atrasos no diagnóstico sem sobrecarregar a capacidade diagnóstica dos serviços existentes.
- Permitir o uso racional dos recursos disponíveis (humanos, diagnósticos e terapêuticos)

**Atribuir recursos suficientes às despesas com câncer** de acordo com a demanda reprimida e o impacto econômico da pandemia no tratamento e controle do câncer em cada país:

- Estabelecer bases de dados para compreender as despesas associadas ao tratamento e controle do câncer por tipo de câncer e fase para determinar o uso mais eficiente dos recursos
- Entender o impacto econômico dos atrasos e/ou interrupções no diagnóstico e tratamento do câncer
- Desenvolver estratégias para avaliar e mitigar o impacto econômico da pandemia sobre os pacientes com câncer e suas famílias, a fim de fornecer ajuda adequada e oportuna

**Incorporar a perspectiva de gênero** para ampliar a compreensão dos problemas associados à pandemia da COVID-19 e ao tratamento do câncer, reconhecendo o impacto desproporcional que as mulheres e as meninas sofrem tanto como pacientes quanto como cuidadoras, e integrar o gênero em todas as etapas da formulação de políticas, planos e estratégias:

- Evitar atrasos no diagnóstico e interrupções do tratamento do câncer de mama. O câncer de mama é responsável por ~50% do impacto econômico total estimado da pandemia. Deve ser dada atenção especial ao câncer de mama no Brasil e no México. No Brasil, este tipo de câncer é responsável por ~70% do aumento do custo do tratamento em 5 anos e ~40% da perda de capacidade econômica; no México,



concentra 65% da perda de capacidade econômica, já que a taxa de sobrevivência é 18% menor em fases iniciais do que em outros países.

- Evitar o diagnóstico e o adiamento do tratamento no câncer cervical. Este câncer tem um impacto econômico estimado de USD 1,5 bilhões, o segundo maior impacto em toda a região. Ele representa 30% do aumento do custo de tratamento em 5 anos, já que os casos se concentram nos estágios iniciais, com altas taxas de sobrevivência, e um alto aumento nos custos de tratamento. A Colômbia deve receber atenção especial, pois é responsável por 76% do aumento do custo de tratamento e a metade dos casos passam do estágio I para o II, o que aumenta os custos em 75%.
- Reconhecer a necessidade de políticas e práticas baseadas em evidências que abordem o papel desproporcionado das mulheres como cuidadoras e suas necessidades não atendidas diante da pandemia da COVID-19, incluindo apoio psicossocial e financeiro.

**Continuar os programas de prevenção do câncer** em pleno vigor e implementar estratégias para romper a lacuna de triagem que foi criada durante a pandemia, a fim de alcançar um diagnóstico e intervenção oportunos:

- Retomar imediatamente os programas de triagem e prevenção do câncer para o nível pré-pandêmico. Esta estratégia deve contemplar e planejar o atendimento do excesso de demanda por serviços de triagem devido às interrupções causadas durante a pandemia.
- Criar uma estratégia dedicada para atingir a população que não foi controlada durante a pandemia, o que pode incluir equipes territoriais de detecção e prevenção.
- Realizar campanhas de conscientização para o público em geral sobre a importância da triagem e da prevenção.

**Assegurar a continuidade do fornecimento de serviços de oncologia**, incluindo prevenção, diagnóstico, cirurgia, tratamento, cuidados paliativos e acompanhamento durante futuros surtos e crises, desenvolvendo estratégias específicas para estar mais bem preparados.

- Ajustar a política para designar o tratamento do câncer como parte dos planos nacionais e institucionais de preparação para emergências e planos de contingência para melhorar os resultados dos pacientes em crises futuras.
- Ajustar as diretrizes clínicas ao tratamento do câncer a fim de adaptar o nível de recursos disponíveis com base nas demandas da situação pandêmica local.
- Assegurar o fornecimento de medicamentos contra o câncer e medicamentos não relacionados ao câncer durante surtos e crises para garantir a continuidade e a entrega oportuna do tratamento aos pacientes com câncer.

**Combater a escassez generalizada e a má distribuição de recursos na ALC**, otimizando os recursos humanos existentes e alavancando a tecnologia:

- Melhorar o acesso ao tratamento oncológico para populações vulneráveis e carentes, integrando múltiplos níveis de atenção (Redes Integradas de Saúde) por profissionais especializados e não especializados, treinados em cuidados oncológicos e locais de referência apropriados. Esse planejamento deve considerar a integração de múltiplos perfis como enfermeiros, líderes comunitários e redes assistenciais guiadas por telemedicina.
- Usar plataformas digitais de aprendizagem para garantir amplo acesso a programas de treinamento eficazes para o pessoal de saúde e a disseminação de conhecimento, especialmente em comunidades rurais ou periféricas.
- Desenvolver estruturas normativas, infraestruturais e econômicas que apoiem e fomentem a implementação e o uso sustentável da telemedicina.

**Implementar programas de comunicação e conscientização** pelos governos, grupos de pacientes e sociedades médicas para educar o pessoal de saúde, pacientes com câncer e cuidadores, especialmente sobre:

- A importância da vacinação contra a COVID-19
- O risco de infecção versus o risco de controle inadequado do câncer devido à interrupção ou à falta de tratamentos
- Medidas de proteção adequadas contra a COVID-19

**Fomentar a pesquisa local** sobre os impactos das diversas medidas, adaptações e decisões tomadas para o tratamento do câncer à luz da pandemia, a fim de criar uma abordagem baseada em evidências para o futuro:

- Priorizar os registros regionais e nacionais de câncer para avaliar o impacto da pandemia no tratamento do câncer.
- Incentivar a colaboração, o intercâmbio de conhecimentos e a disseminação entre instituições governamentais, acadêmicas e de saúde

**Adotar as lições aprendidas com esta pandemia** como parte integrante da nova normalidade do tratamento do câncer:

- Aumentar a disponibilidade de opções de atendimento remoto e atendimento mais próximo dos lares dos pacientes, incluindo avaliação e monitoramento de pacientes remotos, realizando testes de laboratório próximos às suas casas e tendo medicamentos entregues nos seus domicílios.
- Alavancar o uso da tecnologia em todos os aspectos do controle e da prestação de atendimento, pesquisa, financiamento e educação sobre o câncer.
- Adaptar as práticas atuais com base nos resultados de pesquisas prospectivas que avaliem a omissão de ciclos na terapia de manutenção, incrementos nas visitas de acompanhamento ou medidas de triagem.

## Agradecimentos

Os autores e a Americas Health Foundation gostariam de agradecer a Roche pelo subsídio irrestrito concedido para desenvolver este relatório; a Thais Vidal por sua contribuição editorial; ao Catalyst Consulting Group por desenvolver o relatório do Grupo de Advocacia dos Pacientes: Alessandra Durstine; e à equipe do EY-Parthenon pelo desenvolvimento do Relatório de Análise Econômica: Ángel Estrada Guerra, José Ceballos Sandino, Dimitrio Gómez Cárdenas, Isabel González Baca, Julia Castro Alducin, Diego Vallejo Aguilar.

## Referências

1. Agência Internacional de Pesquisa do Câncer. América Latina e Caribe. Organização Mundial da Saúde; 2021:1-2. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/904-latin-america-and-the-caribbean-factsheets.pdf>. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
2. Sud A, Jones M, Broggio J et al. Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic ("Danos colaterais: o impacto da pandemia de COVID-19 nos resultados da cirurgia de câncer"). *Annals of Oncology*. 2020;31(8):1065-1074. doi:10.1016/j.annonc.2020.05.009
3. Degeling K, Baxter N, Emery J et al. An inverse stage-shift model to estimate the excess mortality and health economic impact of delayed access to cancer services due to the COVID-19 pandemic ("Um modelo de mudança de estágio inverso para estimar o excesso de mortalidade e o impacto econômico na saúde do acesso tardio aos serviços de câncer devido à pandemia de COVID-19"). 2020. doi:10.1101/2020.05.30.20117630
4. Lai A, Pasea L, Banerjee A et al. Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency ("Estimação do excesso de mortalidade em pessoas com câncer e multimorbidade na emergência da COVID-19"). 2020. doi:10.1101/2020.05.27.20083287
5. Schrag D, Hershman D, Basch E. Oncology practice during the COVID-19 pandemic ("Oncologia durante a pandemia da COVID-19"). *JAMA*. 2020;323(20):2005. doi:10.1001/jama.2020-6236
6. van de Haar J, Hoes L, Coles C et al. Caring for patients with cancer in the COVID-19 era ("O atendimento de pacientes com câncer na era da COVID-19"). *Nat Med*. 2020; 26:665-671. doi:10.1038/s41591-020-0874-8
7. McMahon D, Peters G, Ivers L et al. Global resource shortages during COVID-19: bad news for low-income countries (Falta de recursos globais durante a COVID-19: más notícias para os países de baixa renda"). *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14(7):e0008412. doi:10.1371/journal.pntd.0008412
8. Bong C, Brasher C, Chikumba E et al. The COVID-19 pandemic: effects on low- and middle-income countries ("A pandemia da COVID-19: efeitos sobre os países de baixa e média renda"). *Anesth Analg*. 2020;131(1):86-92. doi: 10.1213/ane.0000000000004846
9. Araujo S, Leal A, Centrone A et al. Impacto da COVID-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro latino-americano da pandemia. *Einstein*. 2020;19:eAO6282. doi: 10.31744/einstein\_journal/2021AO6282
10. OPS insta a garantizar el diagnóstico y tratamiento del cáncer, la segunda causa principal de muerte en las Américas ("A OPS insta a garantir o diagnóstico e tratamento do câncer, a segunda causa principal de morte nas Américas"). <https://www.paho.org/es/noticias/2-2-2021-ops-insta-garantizar-diagnostico-tratamiento-cancer-segunda-cause-principal>. Publicado em 2021. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
11. El impacto de la pandemia sobre el cáncer: las muertes se incrementaron en un 30% ("O impacto da pandemia sobre o câncer: as mortes aumentaram em 30%"). <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/el-impacto-de-la-pandemia-sobre-el-cancer-las-muertes-se-incrementaron-en-un-30-noticia/>. Publicado em 2021. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
12. Cancer Preparedness in Latin America ("Preparação para o câncer na América Latina"). *The Economist*; 2019. <https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/Roche-cancer-preparedness-in-latin-america/CANCER%20PREPAREDNESS%20IN%20LATAM.pdf>. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
13. Efecto pandemia: América Latina será la región con el mayor aumento de costos médicos en 2021 ("Efeito pandemia: a América Latina será a região com o maior aumento de custos médicos até 2021") <https://www.willistowerswatson.com/es-CL/News/2021/04/efecto-pandemia-america-latina-sera-la-region-con-el-mayor-aumento-de-costos-medicos-en-2021>. Publicado em 2021. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
14. CEPAL y OIT advierten que mercado laboral de América Latina y el Caribe tendrá una lenta recuperación tras pandemia del COVID-19 ("A CEPAL e a OIT advertem que o mercado laboral da América Latina e do Caribe terá uma lenta recuperação da pandemia de COVID-19"). <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-oit-advierten-que-mercado-laboral-america-latina-caribe-tendra-lenta-recuperacion>. Publicado em 2020. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
15. La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad ("O paradoxo da recuperação na América Latina e no Caribe. Crescimento com problemas estruturais persistentes: desigualdade, pobreza, pouco investimento e baixa produtividade"). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47043-la-paradoja-la-recuperacion-america-latina-caribe-crecimiento-persistentes>. Publicado em 2021. Acessado em 3 de dezembro de 2021.

16. Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) ("Relatório sobre o impacto econômico da doença por coronavírus na América Latina e no Caribe (COVID-19)"). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45602-informe-impacto-economico-america-latina-caribe-la-enfermedad-coronavirus-COVID>. Publicado em 2020. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
17. Encuesta pulso social - históricos ("Pesquisa de pulso social - históricos") <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social/encuesta-pulso-social-historicos>. Publicado em 2021. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
18. Kruse M, Gomez M, Durstine A. The Impact of COVID-19 on Patient Organizations and their Patients in Latin America ("O impacto da COVID-19 sobre as organizações de pacientes e seus pacientes na América Latina"). United Patients Online Academy, A Program of Catalyst Consulting Group International; 2020. <https://unitedpatientsacademy.org/upfiles/Impact%20of%20COVID-19%20on%20Patient%20Organizations%20and%20their%20Patients%20in%20Latin%20America.pdf>. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
19. Vázquez Rosas T, Cazap E, Delgado L et al. Social Distancing and Economic Crisis During COVID-19 Pandemic Reduced Cancer Control in Latin America and Will Result in Increased Late-Stage Diagnoses and Expense ("O distanciamento social e a crise econômica durante a pandemia de COVID-19 reduziram o controle do câncer na América Latina e resultarão em um aumento das despesas e dos diagnósticos em fases tardias"). *JCO Glob Oncol*. 2021;(7):694-703. doi:10.1200/go.21.00016
20. Barrios C, Werutsky G, Mohar A et al. Cancer control in Latin America and the Caribbean: recent advances and opportunities to move forward ("Controle do câncer na América Latina e no Caribe: avanços recentes e oportunidades para avançar"). *The Lancet Oncology*. 2021;22(11):e474-e487. doi:10.1016/s1470-2045(21)00492-7
21. Søvold L, Naslund J, Kousoulis A et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority ("Priorizar a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores do setor de saúde: uma prioridade urgente da saúde pública global"). *Front Public Health*. 2021;9. doi:10.3389/fpubh.2021.679397
22. Latin America and the Caribbean: Impact Of COVID-19 ("América Latina e o Caribe: impacto da COVID-19"). 23ª ed. FAS Project on Government Secrecy; 2021:1-3. <https://sgp.fas.org/crs/row/IF11581.pdf>. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
23. Werner A, Ivanova A, Komatsuzaki T. Latin America and Caribbean's Winding Road to Recovery ("A estrada sinuosa para a recuperação da América Latina e do Caribe"). *IMFBlog*. <https://blogs.imf.org/2021/02/08/latin-america-and-caribeans-winding-road-to-recovery/>. Publicado em 2021. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
24. Hofmarcher T, Lindgren P, Wilking N, Jönsson B. The cost of cancer in Europe 2018 ("O custo do câncer na Europa em 2018"). *Eur J Cancer*. 2020;129:41-49. doi:10.1016/j.ejca.2020.01.011
25. Costs Of Cancer. American Cancer Society Cancer Action Network ("Custos do câncer". Rede de Ação contra o Câncer da Sociedade Americana de Câncer"); 2020. <https://www.fightcancer.org/sites/default/files/National%20Documents/Costs-of-Cancer-2020-10222020.pdf>. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
26. Assessing The Burden Of Prostate Cancer In Brazil ("Avaliando a carga do câncer de próstata no Brasil"). *The Economist*; 2016. <https://impact.econ-asia.com/perspectives/sites/default/files/images/Assessing%20the%20burden%20of%20Prostate%20Cancer%20in%20Brazil.pdf>. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
27. Siqueira A, Gonçalves J, Mendonça P, Merhy E, Land M. Economic impact analysis of cancer in the health system of Brazil ("Análise do impacto econômico do câncer no sistema de saúde do Brasil"). *Health Sci J*. 2017.
28. Evaluación de los programas presupuestales de salud. Ministerio de salud; 2019 ("Avaliação dos programas orçamentários de saúde. Ministério da Saúde"); 2019. [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/evaluacion\\_is2019\\_PP.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/evaluacion_is2019_PP.pdf). Acessado em 3 de dezembro de 2021.
29. Presupuesto aprobado para el Registro Nacional de Cáncer. Juntos Contra el Cáncer ("Orçamento aprovado para o Registro Nacional de Câncer. Juntos contra o Câncer"). <https://juntoscontraelcancer.mx/2019/02/27/presupuesto-aprobado-para-el-registro-nacional-de-cancer/>. Publicado em 2018. Acessado em 3 de dezembro de 2021.
30. Cid C, Herrera C, Rodríguez R, Bastías G, Jiménez J. Impacto económico del cáncer en Chile ("Impacto econômico do câncer no Chile"). *MedWave*. 2015;16(7):e6509. doi: 10.5867/medwave.2016.07.6509
31. Aprobado el Presupuesto General de la Nación ("Aprovado o Orçamento Geral da Nação"). Consultor Salud Colombia; 2020. <https://consultorsalud.com/aprobado-el-presupuesto-general-de-la-nacion/#:~:text=%2436%2C05%20billones%20para%20la%20salud%20%E2%80%93%20Aprobado%20el,Presupuesto%20General%20de%20la%20Naci%C3%B3n>. Acessado em 3 de dezembro de 2021.

**Anexo 1**  
TABELAS DE PAÍSES  
PARA PESQUISA MÉDICA

Anexo 1 → Tabelas de países para pesquisa médica

# Tabelas para o Brasil



Tabela 3. Interrupção do tratamento do câncer

Problema	Nº (%)				
<b>Interrupção do tratamento habitual</b>					
Não afetado	0 (0)				
Ligeiramente afetado	4 (16)				
Moderadamente afetado	17 (68)				
Severamente afetado	4 (16)				
<b>Ordem dos motivos de interrupção do tratamento habitual</b>					
Quarentenas/ restrições de viagens	1				
Medidas preventivas	2				
Outros (medo de contágio)	3				
Sistema de saúde sobrecarregado	4				
Falta de pessoal devido à infecção	5				
Falta de acesso a medicamentos	6				
<b>Fechamento do centro</b>					
Não, permaneceu totalmente aberto	9 (36)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida	1 (4)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida somente durante os picos	10 (40)				
Sim, parcialmente fechado	4 (16)				
Sim, completamente fechado	1 (4)				
<b>Severidade da interrupção por área</b>					
	N	S	M	Se	N/A
Cirurgia	3	3	9	10	0
Radioterapia	14	3	4	1	3
Quimioterapia	15	4	3	0	3
Imunoterapia	14	4	2	1	4
Terapia hormonal	18	2	1	0	4
Terapia-alvo	17	1	3	0	4
Transplante de células-tronco	6	1	1	4	13
Cuidados paliativos	13	3	3	2	4
Cuidados de apoio	7	7	6	2	3
Diagnóstico	4	2	13	6	0

N: não; S: leve; M: moderado; Se: severo; N/A: não aplicável; Nº: número

Tabela 4. Tendências epidemiológicas

Problema	N° (%)					
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, março de 2020 - agosto de 2020</b>	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Aumento	13	2	2	0	1	6
Diminuição	0	8	13	1	1	2
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, setembro de 2020 - presente (limite set. 2021)</b>						
Aumento	5	8	7	2	1	2
Diminuição	9	3	4	0	0	8
<b>Atrasos no diagnóstico do câncer devido à pandemia</b>	<b>N° (%)</b>					
1-2 meses	4 (16)					
3-4 meses	5 (20)					
5-6 meses	8 (32)					
>6 meses	7 (28)					
Nenhuma mudança	0 (0)					
N/A	1 (4)					
<b>Aumento da doença avançada no diagnóstico devido à pandemia</b>						
Não	2 (8)					
Sim	23 (92)					
<b>Aumento da mortalidade por câncer devido à pandemia</b>						
0%	3 (12)					
1-10%	7 (28)					
11-25%	3 (12)					
26-50%	4 (16)					
51-75%	1 (4)					
>75%	0 (0)					
N/A	7 (28)					
<b>Aumento da recidiva do câncer devido à pandemia</b>						
0%	4 (16)					
1-10%	8 (32)					
11-25%	2 (8)					
26-50%	3 (12)					
51-75%	2 (8)					
>75%	0 (0)					
N/A	6 (24)					

No.: número; N/A: não aplicável



Tabela 5. Triagem e prevenção

Problema	N° (%)					N/A
	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	
Diminuição da triagem do câncer						
Mamografia	1	7	4	5	2	6
Colonoscopia	0	2	4	6	6	7
Teste de PSA	3	5	3	3	0	11
TC de tórax	3	6	2	4	0	10
Biópsia / exames de patologia	3	6	5	5	2	4
<b>Programas e atividades de prevenção</b>						<b>N° (%)</b>
Diminuição das atividades de prevenção						17 (68)
Nenhuma mudança						0 (0)
N/A						8 (32)

No.: número; N/A: não aplicável; PSA: antígeno específico da próstata; TC: tomografia computadorizada

Tabela 6. Adaptações de atendimento virtual e remoto

<b>Problema</b>	<b>Nº (%)</b>
<b>Visitas ambulatoriais</b>	
Cancelamento de visitas presenciais à clínica e mudança para visitas virtuais (telemedicina)	6 (24)
Redução de visitas presenciais à clínica e adição de visitas virtuais (telemedicina)	17 (68)
Visitas ambulatoriais contínuas como de costume	1 (4)
Cancelamento de todas as visitas	0 (0)
N/A	1 (4)
<b>As visitas virtuais à clínica continuarão após a pandemia</b>	
Sim	23 (92)
Não	1 (4)
N/A	1 (4)
<b>Aumento do tempo entre as visitas de acompanhamento</b>	
Sim	15 (60)
Não	8 (32)
N/A	2 (8)
<b>Realização de testes de laboratório perto da casa do paciente</b>	
Sim	24 (96)
Não	1 (4)
N/A	0 (0)
<b>Os pacientes procuraram atendimento em outro centro</b>	
Sim	11 (44)
Não	10 (40)
N/A	4 (16)
<b>Disponibilidade de comitês de tumores antes da pandemia</b>	
Sim	17 (68)
Não	6 (24)
N/A	2 (8)
<b>Impacto da pandemia nos comitês de tumores</b>	
Cancelado	0 (0)
Mudado para virtual	17 (68)
Virtual e presencial	0 (0)
Nenhuma mudança	0 (0)
N/A	8 (32)
<b>Os comitês de tumores virtuais continuarão após a pandemia</b>	
Sim	15 (60)
Não	0 (0)
Não sabe	5 (20)
N/A	5 (20)

Nº: número; N/A: não aplicável

Tabela 7. Mudanças e interrupções do tratamento

<b>Problema</b>	<b>N° (%)</b>
<b>Interrupções do tratamento em 2020 (março - dezembro)</b>	
0%	1 (4)
1-30%	17 (68)
31-60%	3 (12)
61-90%	2 (8)
>90%	0 (0)
N/A	2 (8)
<b>Interrupções do tratamento em 2021 (janeiro-presente (limite setembro 2021))</b>	
0%	3 (12)
1-30%	17 (68)
31-60%	0 (0)
61-90%	0 (0)
>90%	1 (4)
N/A	4 (16)
<b>Pacientes que abandonaram o tratamento</b>	
0%	6 (24)
1-25%	15 (60)
26-50%	4 (16)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
<b>Razões para abandonar o tratamento</b>	
Razões relacionadas à COVID-19 (medo de contágio, quarentenas, etc.)	12 (48)
Razões não relacionadas à COVID-19 (o seguro interrompeu a cobertura, etc.)	2 (8)
A razão é desconhecida	0 (0)
Razões tanto relacionadas quanto não relacionadas à COVID-19	6 (24)
N/A	5 (20)
<b>Entrega de medicamentos no domicílio dos pacientes</b>	
Sim	12 (48)
Não	6 (24)
N/A	7 (28)
<b>Redução dos ciclos de quimioterapia em __% dos pacientes</b>	
0%	8 (32)
1-25%	10 (40)
26-50%	1 (4)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	6 (24)

Tabela 7 continua na próxima página

Tabela 7. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

<b>Problema</b>	<b>N° (%)</b>
<b>Os pacientes perderam pelo menos 1 ciclo de quimioterapia</b>	
<10%	9 (36)
11-25%	9 (36)
26-50%	0 (0)
51-75%	2 (8)
>75%	1 (4)
N/A	4 (16)
<b>Mudanças em qualquer parte do tratamento dos pacientes</b>	
0%	2 (8)
1-25%	16 (64)
26-50%	2 (8)
51-75%	0 (0)
>75%	1 (4)
N/A	4 (16)
<b>Redução do uso de G-CSF em regimes de quimioterapia</b>	
Sim	2 (8)
Não	15 (60)
N/A	8 (32)
<b>Aumento do uso de quimioterapia oral sobre IV</b>	
0%	2 (8)
1-25%	15 (60)
26-50%	2 (8)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	6 (24)
<b>Barreiras de acesso aos agentes orais</b>	
Sim, no sistema público	1 (4)
Sim, no sistema privado	7 (28)
Sim, tanto no sistema público quanto no privado	11 (44)
Não	2 (8)
N/A	4 (16)

Tabela 7 continua na próxima página

Tabela 7. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

<b>Problema</b>	<b>N° (%)</b>
<b>Desvio das CPG ou do SoC, adiando a cirurgia</b>	
0%	2 (8)
1-25%	14 (56)
26-50%	2 (8)
51-75%	0 (0)
>75%	1 (4)
N/A	6 (24)
<b>Potenciais danos aos pacientes devido a interrupções no atendimento</b>	
Sim, devido à falta de acesso ao tratamento do câncer	9 (36)
Sim, devido à falta de acesso aos tratamentos não relacionados ao câncer	4 (16)
Sim, devido a ambos	11 (44)
Não	1 (4)
<b>Desvio das CPG ou do SoC, adiando a radioterapia</b>	
0%	4 (16)
1-25%	13 (52)
26-50%	1 (4)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	7 (28)

No.: número; N/A: não aplicável; CPG: diretrizes clínicas; G-CSF: fator estimulante da colônia de granulócitos; SoC: padrão de cuidados

Tabela 8. Diagnóstico e controle de infecções por COVID-19

<b>Problema</b>	<b>N° (%)</b>
<b>Pacientes oncológicos ambulatoriais com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	19 (76)
Não	2 (8)
N/A	4 (16)
<b>Pacientes oncológicos internados com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	16 (64)
Não	7 (28)
N/A	2 (8)
<b>Falta de EPI no centro</b>	
Sim	6 (24)
Não	19 (76)
<b>Membro do departamento de oncologia diagnosticado com COVID-19</b>	
Sim	23 (92)
Não	1 (4)
Prefere não responder	1 (4)
<b>Recomenda a vacina COVID-19 para a maioria dos pacientes oncológicos</b>	
Sim	25 (100)
Não	0 (0)
<b>Vacina COVID-19 disponível para pacientes oncológicos</b>	
Janeiro 2021	2 (8)
Fevereiro 2021	3 (12)
Março 2021	4 (16)
Abril 2021	3 (12)
Maio 2021	5 (20)
Junho 2021	0 (0)
Julho 2021	0 (0)
Não disponível	0 (0)
Não sabe	5 (20)
Não foi dada prioridade a pacientes com câncer	3 (12)

No.: número; N/A: não aplicável; EPI: equipamento de proteção individual

Tabela 9. Impacto econômico

Problema	N° (%)				
<b>Pedidos de pagadores ou do centro de saúde para implementar medidas de contenção de custos</b>					
Sim, por instituição	3 (12)				
Sim, por companhias de seguros	1 (4)				
Sim, por instituição E por companhias de seguros	0 (0)				
Não	19 (76)				
Prefere não responder	2 (8)				
<b>Mudanças no orçamento alocado ao tratamento do câncer pelo centro de saúde</b>					
Sim, aumento	1 (4)				
Sim, diminuição	2 (8)				
Não	9 (36)				
Não sabe	11 (44)				
N/A	2 (8)				
<b>Mudanças no orçamento destinado ao tratamento do câncer pelo governo (despesas públicas com câncer)</b>					
Sim, aumento	1 (4)				
Sim, diminuição	3 (12)				
Não	4 (16)				
Não sabe	13 (52)				
N/A	4 (16)				
<b>Aumento esperado de pacientes com câncer após a pandemia</b>					
Sim, significativo	12 (48)				
Sim, moderado	8 (32)				
Sim, leve	4 (16)				
Não	1 (4)				
<b>Preparação do sistema de saúde para o aumento do número de pacientes com câncer</b>					
	V	M	S	N	N/A
Atribuição de orçamento para o tratamento do câncer	1	2	5	15	2
Disponibilidade de pessoal da área de saúde	1	5	6	11	2
Disponibilidade de instalações especializadas	3	3	8	9	2
<b>O governo anunciou um plano de ação para enfrentar o aumento da carga do câncer</b>					
Sim	0 (0)				
Não	20 (80)				
Não sabe	5 (20)				

N°: número; N/A: não aplicável; V: muito; M: moderadamente; S: ligeiramente; N: não

Anexo 1 → Tabelas de países para pesquisa médica

# Tabelas para a Colômbia



Tabela 10. Interrupção do tratamento do câncer

Problema	Nº (%)				
<b>Interrupção do tratamento habitual</b>					
Não afetados	0 (0)				
Ligeiramente afetados	4 (15)				
Moderadamente afetados	17 (65)				
Severamente afetados	5 (19)				
<b>Ordem de razões para a interrupção do tratamento habitual</b>					
Falta de acesso a medicamentos	1				
Falta de pessoal devido à infecção	2				
Outros (por exemplo: medo de contágio)	3				
Medidas preventivas	4				
Quarentenas/ restrições de viagens	5				
Sistema de saúde sobrecarregado	6				
<b>Fechamento do centro</b>					
Não, permaneceu totalmente aberto	12 (46)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida	6 (23)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida durante os picos	6 (23)				
Sim, parcialmente fechado	2 (7,8)				
Sim, completamente fechado	0 (0)				
<b>Severidade da interrupção por área</b>					
	N	S	M	Se	NA
Cirurgia	0	1	15	10	0
Radioterapia	6	7	8	0	5
Quimioterapia	6	10	7	0	3
Imunoterapia	7	8	4	1	6
Terapia hormonal	9	8	4	0	5
Terapia-alvo	8	7	4	1	6
Transplante de células-tronco	2	3	6	4	11
Cuidados paliativos	7	8	8	0	3
Cuidados de apoio	4	6	11	3	2
Diagnóstico	3	8	10	3	2

N: não; S: leve; M: moderado; Se: severo; N/A: não aplicável; Nº: número



Tabela 11. Tendências epidemiológicas

Problema	Nº (%)					
Mudança no número de novos casos de câncer março de 2020 - agosto de 2020	0%	1- 25%	26- 50%	51- 75%	>75%	N/A
Aumento	7	9	2	1	0	7
Diminuição	3	7	4	1	0	11
<b>Mudança no número de novos casos de câncer Setembro de 2020 - presente (limite set. 2021)</b>						
Aumento	6	9	1	3	0	7
Diminuição	5	9	0	0	1	11
<b>Atrasos no diagnóstico do câncer devido à pandemia</b>						<b>Nº (%)</b>
1-2 meses						5 (19)
3-4 meses						4 (15)
5-6 meses						4 (15)
>6 meses						8 (31)
Nenhuma mudança						2 (8)
N/A						3 (12)
<b>Aumento da doença avançada no diagnóstico devido à pandemia</b>						
Não						3 (12)
Sim						23 (88)
<b>Aumento da mortalidade por câncer devido à pandemia</b>						
0%						1 (4)
1-10%						5 (19)
11-25%						11 (42)
26-50%						3 (12)
51-75%						1 (4)
>75%						0 (0)
N/A						5 (19)
<b>Aumento da recidiva do câncer devido à pandemia</b>						
0%						0 (0)
1-10%						8 (31)
11-25%						7 (27)
26-50%						3 (12)
51-75%						2 (8)
>75%						0 (0)
N/A						6 (23)

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 12. Triagem e prevenção

Problema	N° (%)					
	0%	1-25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Diminuição da triagem do câncer	0%	10	7	2	2	5
Mamografia	0	6	4	3	3	10
Colonoscopia	0	6	2	1	0	17
Prueba de PSA	0	10	4	1	1	10
TC de tórax	0	11	6	2	1	6
Biopsias/estudios de patología	0					
<b>Programas e atividades de prevenção</b>						<b>N° (%)</b>
Diminuição das atividades de prevenção						17 (65)
Nenhuma mudança						5 (19)
N/A						4 (15)

No.: número; N/A: não aplicável; PSA: antígeno específico da próstata; CT: tomografia computadorizada

Tabela 13. Adaptações de atendimento virtual e remoto

Problema	N° (%)
<b>Visitas ambulatoriais</b>	
Cancelamento de visitas presenciais a clínicas e mudança para visitas virtuais (telemedicina).	6 (23)
Redução de visitas presenciais à clínica e adicionamento de visitas virtuais (telemedicina)	18 (69)
Visitas ambulatoriais contínuas como de costume	1 (4)
Cancelamento de todas as visitas	0 (0)
N/A	1 (4)
<b>As visitas virtuais à clínica continuarão após a pandemia</b>	
Sim	19 (73)
Não	6 (23)
N/A	1 (4)
<b>Aumento do tempo entre as visitas de acompanhamento</b>	
Sim	21 (81)
Não	4 (15)
N/A	1 (4)
<b>Realização de testes de laboratório perto da casa do paciente</b>	
Sim	14 (54)
Não	8 (31)
N/A	4 (15)
<b>Os pacientes procuraram atendimento em outro centro</b>	
Sim	15 (58)
Não	9 (35)
N/A	2 (8)
<b>Disponibilidade de comitês de tumores antes da pandemia</b>	
Sim	24 (92)
Não	1 (4)
N/A	1 (4)
<b>Impacto da pandemia nos comitês de tumores</b>	
Cancelado	0 (0)
Mudado para virtual	18 (69)
Virtual e presencial	3 (12)
Nenhuma mudança	3 (12)
N/A	2 (8)
<b>Os comitês de tumores virtuais continuarão após a pandemia</b>	
Sim	18 (69)
Não	2 (8)
Não sabe	4 (15)
N/A	2 (8)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde

Tabela 14. Mudanças e interrupções do tratamento

<b>Problema</b>	<b>N° (%)</b>
<b>Interrupções do tratamento em 2020 (março - dezembro)</b>	
0%	0 (0)
1-30%	16 (62)
31-60%	6 (23)
61-90%	0 (0)
>90%	1 (4)
N/A	3 (12)
<b>Interrupções do tratamento em 2021 (janeiro - presente (limite setembro 2021))</b>	
0%	2 (8)
1-30%	15 (57)
31-60%	5 (19)
61-90%	0 (0)
>90%	0 (0)
N/A	3 (12)
<b>Pacientes que abandonaram o tratamento</b>	
0%	5 (19)
1-25%	19 (73)
26-50%	2 (8)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
<b>Razões para abandonar o tratamento</b>	
Razões relacionadas à COVID-19 (medo de contágio, quarentenas, etc.)	12 (46)
Razões não relacionadas à COVID-19 (o seguro interrompeu a cobertura, etc.)	0 (0)
A razão é desconhecida	4 (15)
Razões tanto relacionadas quanto não relacionadas à COVID-19	6 (23)
N/A	4 (15)
<b>Entrega de medicamentos no domicílio dos pacientes</b>	
Sim	14 (54)
Não	8 (31)
N/A	4 (15)
<b>Redução dos ciclos de quimioterapia em __% dos pacientes</b>	
0%	4 (15)
1-25%	12 (46)
26-50%	0 (0)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	10 (38)

Tabela 14 continua na próxima página

Tabela 14. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	Nº (%)
<b>Os pacientes perderam pelo menos 1 ciclo de quimioterapia</b>	
<10%	11 (42)
11-25%	3 (12)
26-50%	3 (12)
51-75%	1 (4)
>75%	0 (0)
N/A	8 (31)
<b>Mudanças em qualquer parte do tratamento dos pacientes</b>	
0%	1 (4)
1-25%	16 (62)
26-50%	4 (15)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	5 (19)
<b>Redução do uso de G-CSF em regimes de quimioterapia</b>	
Sim	1 (4)
Não	11 (42)
N/A	14 (54)
<b>Aumento do uso de quimioterapia oral sobre IV</b>	
0%	2 (8)
1-25%	11 (42)
26-50%	1 (4)
51-75%	1 (4)
>75%	0 (0)
N/A	11 (42)
<b>Barreiras de acesso aos agentes orais</b>	
Sim, no sistema público	2 (8)
Sim, no sistema privado	1 (4)
Sim, tanto no sistema público quanto no privado	5 (19)
Não	8 (31)
N/A	10 (38)

Tabela 14 continua na próxima página

Tabela 14. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Desvio das CPG ou do SoC, adiando a cirurgia</b>	
0%	2 (8)
1-25%	18 (69)
26-50%	0 (0)
51-75%	1 (4)
>75%	0 (0)
N/A	5 (19)
<b>Desvio das CPG ou do SoC, adiando a radioterapia</b>	
0%	4 (15)
1-25%	9 (35)
26-50%	0 (0)
51-75%	1 (4)
>75%	0 (0)
N/A	12 (46)
<b>Potenciais danos aos pacientes devido a interrupções no atendimento</b>	
Sim, devido à falta de acesso ao tratamento do câncer	6 (23)
Sim, devido à falta de acesso aos tratamentos não relacionados ao câncer	5 (19)
Sim, devido a ambos	10 (38)
Não	5 (19)

No.: número; N/A: não aplicável; CPG: diretrizes clínicas; G-CSF: fator estimulante da colônia de granulócitos;  
SoC: padrão de cuidados

Tabela 15. Diagnóstico e controle de infecções por COVID-19

Problema	Nº (%)
<b>Pacientes oncológicos ambulatoriais com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	21 (81)
Não	4 (15)
N/A	1 (4)
<b>Pacientes oncológicos internados com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	23 (88)
Não	3 (12)
N/A	0 (0)
<b>Falta de EPI no centro</b>	
Sim	3 (12)
Não	23 (88)
<b>Membro do departamento de oncologia diagnosticado com COVID-19</b>	
Sim	24 (92)
Não	2 (8)
Prefere não responder	0 (0)
<b>Recomenda a vacina COVID-19 para a maioria dos pacientes oncológicos</b>	
Sim	26 (100)
Não	0 (0)
<b>Vacina COVID-19 disponível para pacientes oncológicos</b>	
Janeiro 2021	0 (0)
Fevereiro 2021	5 (19)
Março 2021	7 (27)
Abril 2021	5 (19)
Maio 2021	5 (19)
Junho 2021	1 (4)
Julho 2021	0 (0)
Não disponível	0 (0)
Não sabe	2 (8)
Não foi dada prioridade a pacientes com câncer	1 (4)

No.: número; N/A: não aplicável; EPI: equipamento de proteção individual

Tabela 16. Impacto econômico

Problema	Nº (%)
<b>Pedidos de pagadores ou do centro de saúde para implementar medidas de contenção de custos</b>	
Sim, por instituição	1 (4)
Sim, por companhias de seguros	1 (4)
Sim, por instituição E por companhias de seguros	1 (4)
Não	20 (77)
Prefere não responder	3 (12)
<b>Mudanças no orçamento alocado ao tratamento do câncer pelo centro de saúde</b>	
Sim, aumento	3 (12)
Sim, diminuição	4 (16)
Não	7 (27)
Não sabe	8 (31)
N/A	4 (15)
<b>Mudanças no orçamento destinado ao tratamento do câncer pelo governo (despesas públicas com câncer)</b>	
Sim, aumento	1 (4)
Sim, diminuição	2 (8)
Não	10 (38)
Não sabe	10 (38)
N/A	3 (12)

Nº: número; N/A: não aplicável;



Anexo 1 → Tabelas de países para pesquisa médica

## Tabelas para o Equador



Tabela 17. Interrupção do tratamento do câncer

Problema	N° (%)				
<b>Interrupção do tratamento habitual</b>					
Não afetado	2 (4)				
Ligeiramente afetado	9 (20)				
Moderadamente afetado	25 (54)				
Severamente afetado	10 (22)				
<b>Ordem de razões para a interrupção do tratamento habitual</b>					
Sistema de saúde sobrecarregado	1				
Medidas preventivas	2				
Quarentenas/ restrições de viagens	3				
Falta de acesso a medicamentos	4				
Falta de pessoal devido à infecção	5				
Outros (por exemplo: medo de contágio)	6				
<b>Fechamento do centro</b>					
Não, permaneceu totalmente aberto	9 (20)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida	16 (35)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida somente durante os picos	7 (15)				
Sim, parcialmente fechado	12 (26)				
Sim, completamente fechado	2 (4)				
<b>Severidade da interrupção por área</b>					
	N	S	M	Se	N/A
Cirurgia	1	7	14	19	5
Radioterapia	5	6	10	9	15
Quimioterapia	7	9	20	8	2
Imunoterapia	4	8	11	11	12
Terapia hormonal	17	12	7	6	4
Terapia-alvo	10	9	15	6	6
Transplante de células-tronco	2	0	5	9	29
Cuidados paliativos	3	15	21	6	1
Cuidados de apoio	3	8	20	12	3
Diagnóstico	3	8	21	13	1

N: não; S: leve; M: moderado; Se: severo; N/A: não aplicável; N°: número

Tabela 18. Tendências epidemiológicas

Problema	Nº (%)					
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, março de 2020 - agosto de 2020</b>	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Aumento	10	18	4	3	1	9
Diminuição	3	18	11	4	2	6
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, setembro de 2020 - presente (limite set. 2021)</b>						
Aumento	6	20	6	6	2	4
Diminuição	9	14	13	1	1	6
<b>Atrasos no diagnóstico do câncer devido à pandemia</b>	<b>Nº (%)</b>					
1-2 meses	6 (13)					
3-4 meses	13 (28)					
5-6 meses	14 (30)					
>6 meses	11 (24)					
Nenhuma mudança	2 (4)					
N/A	0 (0)					
<b>Aumento da doença avançada no diagnóstico devido à pandemia</b>						
Não	2 (4)					
Sim	44 (96)					
<b>Aumento da mortalidade por câncer devido à pandemia</b>						
0%	1 (2)					
1- 10%	10 (22)					
11- 25%	16 (35)					
26- 50%	8 (17)					
51- 75%	6 (13)					
>75%	2 (4)					
N/A	3 (7)					
<b>Aumento en la recidiva del cáncer debido a la pandemia</b>						
0%	2 (4)					
1-10%	6 (13)					
11-25%	15 (33)					
26-50%	12 (26)					
51-75%	5 (11)					
>75%	5 (11)					
N/A	1 (2)					

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 19. Triagem e prevenção

Problema	N° (%)					
	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Diminuição da triagem do câncer	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mamografia	0	8	13	10	7	8
Colonoscopia	0	4	12	10	10	5
Teste de PSA	3	10	12	9	4	2
TC de tórax	4	9	11	10	5	4
Biópsia / exames de patologia	1	6	13	14	4	7
Programas e atividades de prevenção						N° (%)
Diminuição das atividades de prevenção						38 (83)
Nenhuma mudança						7 (15)
N/A						1 (2)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde; PSA: Antígeno prostático específico; TC: Tomografia computada

Tabela 20. Adaptações de atendimento virtual e remoto

Problema	Nº (%)
<b>Visitas ambulatoriais</b>	
Cancelamento de visitas presenciais à clínica e mudança para visitas virtuais (telemedicina)	13 (28)
Redução de visitas presenciais à clínica e adição de visitas virtuais (telemedicina)	24 (52)
Visitas ambulatoriais contínuas como de costume	8 (17)
Cancelamento de todas as visitas	0 (0)
N/A	1 (2)
<b>As visitas virtuais à clínica continuarão após a pandemia</b>	
Sim	32 (70)
Não	13 (28)
N/A	1 (2)
<b>Aumento do tempo entre as visitas de acompanhamento</b>	
Sim	42 (91)
Não	4 (9)
N/A	0
<b>Realização de testes de laboratório perto da casa do paciente</b>	
Sim	35 (76)
Não	11 (24)
N/A	0
<b>Os pacientes procuraram atendimento em outro centro</b>	
Sim	31 (67)
Não	15 (33)
N/A	0 (0)
<b>Disponibilidade de comitês de tumores antes da pandemia</b>	
Sim	40 (87)
Não	3 (7)
N/A	3 (7)
<b>Impacto da pandemia nos comitês de tumores</b>	
Cancelado	12 (27)
Mudado para virtual	14 (31)
Virtual e presencial	13 (29)
Nenhuma mudança	2 (4)
N/A	4 (9)
<b>Os comitês de tumores virtuais continuarão após a pandemia</b>	
Sim	29 (63)
Não	5 (11)
Não sabe	5 (11)
N/A	7 (15)

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 21. Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Interrupções do tratamento em 2020 (março - dezembro)</b>	
0%	1 (2)
1-30%	22 (48)
31-60%	17 (37)
61-90%	4 (8)
>90%	1 (2)
N/A	1 (2)
<b>Interrupções do tratamento em 2021 (janeiro - presente (limite setembro 2021))</b>	
0%	4 (9)
1-30%	33 (72)
31-60%	8 (18)
61-90%	0 (0)
>90%	0 (0)
N/A	0 (0)
<b>Pacientes que abandonaram o tratamento</b>	
0%	0 (0)
1-25%	32 (70)
26-50%	9 (20)
51-75%	3 (7)
>75%	2 (4)
<b>Razões para abandonar o tratamento</b>	
Razões relacionadas à COVID-19 (medo de contágio, quarentenas, etc.)	35 (76)
Razões não relacionadas à COVID-19 (o seguro interrompeu a cobertura, etc.)	1 (2)
A razão é desconhecida	1 (2)
Razões tanto relacionadas quanto não relacionadas à COVID-19	9 (19)
N/A	0 (0)
<b>Entrega de medicamentos no domicílio dos pacientes</b>	
Sim	27 (59)
Não	17 (37)
N/A	2 (4)
<b>Redução dos ciclos de quimioterapia em __% dos pacientes</b>	
0%	7 (15)
1-25%	23 (50)
26-50%	6 (13)
51-75%	1 (2)
>75%	1 (2)
N/A	8 (17)

Tabela 21 continua na próxima página

Tabela 21. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Os pacientes perderam pelo menos 1 ciclo de quimioterapia</b>	
<10%	7 (16)
11-25%	14 (31)
26-50%	11 (24)
51-75%	6 (13)
>75%	2 (4)
N/A	5 (11)
<b>Mudanças em qualquer parte do tratamento dos pacientes</b>	
<b>Cant. (%)</b>	
0%	1 (2)
1-25%	32 (70)
26-50%	7 (15)
51-75%	4 (9)
>75%	1 (2)
N/A	1 (2)
<b>Redução do uso de G-CSF em regimes de quimioterapia</b>	
Sim	11 (24)
Não	28 (61)
N/A	7 (15)
<b>Aumento do uso de quimioterapia oral sobre IV</b>	
0%	2 (4)
1-25%	27 (59)
26-50%	7 (15)
51-75%	2 (4)
>75%	0 (0)
N/A	8 (17)
<b>Barreiras de acesso aos agentes orais</b>	
Sim, no sistema público	17 (37)
Sim, no sistema privado	0 (0)
Sim, tanto no sistema público quanto no privado	20 (43)
Não	6 (13)
N/A	3 (7)

Tabela 21 continua na próxima página

Tabela 21. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Desvio das CPG ou do SOC, adiando a cirurgia</b>	
0%	2 (4)
1-25%	30 (65)
26-50%	7 (15)
51-75%	4 (9)
>75%	0 (0)
N/A	3 (7)
<b>Desvio das CPG ou do SOC, adiando a radioterapia</b>	
0%	3 (7)
1-25%	24 (52)
26-50%	5 (11)
51-75%	2 (4)
>75%	3 (7)
N/A	9 (20)
<b>Potenciais danos aos pacientes devido a interrupções no atendimento</b>	
Sim, devido à falta de acesso ao tratamento do câncer	19 (41)
Sim, devido à falta de acesso aos tratamentos não relacionados ao câncer	4 (9)
Sim, devido a ambos	21 (46)
Não	2 (4)

No.: número; N/A: não aplicável; CPG: diretrizes clínicas; G-CSF: fator estimulante da colônia de granulócitos; SoC: padrão de cuidados

Tabela 22. Diagnóstico e controle de infecções por COVID-19

Problema	N° (%)
<b>Pacientes oncológicos ambulatoriais com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	44 (96)
Não	2 (4)
N/A	0 (0)
<b>Pacientes oncológicos internados com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	38 (83)
Não	8 (17)
N/A	0 (0)
<b>Falta de EPI no centro</b>	
Sim	14 (13)
Não	32 (87)
<b>Membro do departamento de oncologia diagnosticado com COVID-19</b>	
Sim	42 (91)
Não	3 (7)
Prefere não responder	1 (2)
<b>Recomenda a vacina COVID-19 para a maioria dos pacientes oncológicos</b>	
Sim	45 (98)
Não	1 (2)
<b>Vacina COVID-19 disponível para pacientes oncológicos</b>	
Janeiro 2021	4 (9)
Fevereiro 2021	4 (9)
Março 2021	8 (17)
Abril 2021	14 (30)
Maio 2021	8 (17)
Junho 2021	2 (4)
Julho 2021	5 (11)
Não disponível	0 (0)
Não sabe	0 (0)
Não foi dada prioridade a pacientes com câncer	1 (2)

No.: número; N/A: não aplicável; EPI: equipamento de proteção individual



Tabela 23. Impacto econômico

Problema	N° (%)				
<b>Pedidos de pagadores ou do centro de saúde para implementar medidas de contenção de custos</b>					
Sim, por instituição	11 (24)				
Sim, por companhias de seguros	1 (2)				
Sim, por instituição E por companhias de seguros	6 (13)				
Não	20 (43)				
Prefere não responder	8 (17)				
<b>Mudanças no orçamento alocado ao tratamento do câncer pelo centro de saúde</b>					
Sim, aumento	9 (20)				
Sim, diminuição	22 (47)				
Não	6 (13)				
Não sabe	6 (13)				
N/A	3 (7)				
<b>Mudanças no orçamento destinado ao tratamento do câncer pelo governo (despesas públicas com câncer)</b>					
Sim, aumento	7 (15)				
Sim, diminuição	29 (63)				
Não	4 (9)				
Não sabe	4 (9)				
N/A	2 (4)				
<b>Aumento esperado de pacientes com câncer após a pandemia</b>					
Sim, significativo	22 (48)				
Sim, moderado	16 (35)				
Sim, leve	7 (15)				
Não	1 (2)				
<b>Preparação do sistema de saúde para o aumento do número de pacientes com câncer</b>					
	V	M	S	N	N/A
Atribuição de orçamento para o tratamento do câncer	1	5	9	29	2
Disponibilidade de pessoal da área de saúde	2	14	12	15	3
Disponibilidade de instalações especializadas	2	10	14	18	2
<b>O governo anunciou um plano de ação para enfrentar o aumento da carga do câncer</b>					
Sim	3 (7)				
Não	39 (85)				
Não sabe	4 (9)				

N°: número; N/A: não aplicável;

Anexo 1 → Tabelas de países para pesquisa médica

## Tabelas para o México



Tabela 24. Interrupção do tratamento do câncer

Problema	N° (%)				
<b>Interrupção do tratamento habitual</b>					
Não afetado	1 (2)				
Ligeiramente afetado	9 (21)				
Moderadamente afetado	22 (51)				
Severamente afetado	11 (26)				
<b>Ordem de razões para a interrupção do tratamento habitual</b>					
Sistema de saúde sobrecarregado	1				
Falta de acesso a medicamentos	2				
Falta de pessoal devido à infecção	3				
Medidas preventivas	4				
Quarentenas/ restrições de viagens	5				
Outros (por exemplo: medo de contágio)	6				
<b>Fechamento do centro</b>					
Não, permaneceu totalmente aberto	11 (26%)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida	8 (19%)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida durante os picos	9 (21%)				
Sim, parcialmente fechado	13 (30%)				
Sim, completamente fechado	2 (5%)				
<b>Severidade da interrupção por área</b>					
	N	S	M	Se	N/A
Cirurgia	2	8	22	10	1
Radioterapia	3	11	20	5	4
Quimioterapia	3	12	11	17	0
Imunoterapia	5	10	9	15	4
Terapia hormonal	17	10	11	2	3
Terapia-alvo	11	7	16	9	0
Transplante de células-tronco	5	2	6	6	24
Cuidados paliativos	10	12	7	10	4
Cuidados de apoio	10	12	4	15	22
Diagnóstico	6	9	11	15	1

N: não; S: leve; M: moderado; Se: severo; N/A: não aplicável; N°: número

Tabela 25. Tendências epidemiológicas

Problema	N° (%)					
	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, março de 2020 - agosto de 2020</b>						
Aumento	16	11	12	1	0	3
Diminuição	6	14	5	7	1	9
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, setembro de 2020 - presente (limite set. 2021)</b>						
Aumento	10	22	6	1	1	3
Diminuição	12	7	5	9	0	9
<b>Atrasos no diagnóstico do câncer devido à pandemia</b>						<b>N° (%)</b>
1-2 meses						8 (19)
3-4 meses						17 (40)
5-6 meses						7 (16)
>6 meses						8 (19)
Nenhuma mudança						3 (7)
N/A						0 (0)
<b>Aumento da doença avançada no diagnóstico devido à pandemia</b>						
Não						8 (19)
Sim						35 (81)
<b>Aumento da mortalidade por câncer devido à pandemia</b>						
0%						2 (5)
1-10%						15 (35)
11-25%						15 (35)
26-50%						6 (14)
51-75%						3 (7)
>75%						0 (0)
N/A						2 (5)
<b>Aumento da recidiva do câncer devido à pandemia</b>						
0%						0 (0)
1-10%						15 (35)
11-25%						14 (33)
26-50%						7 (16)
51-75%						3 (7)
>75%						2 (5)
N/A						2 (5)

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 26. Triagem e prevenção

Problema	N° (%)					
	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Diminuição da triagem do câncer	0	21	11	2	4	0
Mamografia	4	21	11	2	4	0
Colonoscopia	3	20	6	5	3	5
Teste de PSA	7	23	5	1	0	6
TC de tórax	8	8	8	7	8	3
Biópsia / exames de patologia	3	13	13	9	4	0
Programas e atividades de prevenção						N° (%)
Diminuição das atividades de prevenção						24
Nenhuma mudança						11
N/A						8

No.: número; N/A: não aplicável; PSA: antígeno específico da próstata; CT: tomografia computadorizada

Tabela 27. Adaptações de atendimento virtual e remoto

Problema	Nº (%)
<b>Visitas ambulatoriais</b>	
Cancelamento de visitas presenciais à clínica e mudança para visitas virtuais (telemedicina)	5 (12)
Redução de visitas presenciais à clínica e adicionamento de visitas virtuais (telemedicina)	21 (49)
Visitas ambulatoriais contínuas como de costume	13 (30)
Cancelamento de todas as visitas	2 (5)
N/A	2 (5)
<b>As visitas virtuais à clínica continuarão após a pandemia</b>	
Sim	18 (42)
Não	21 (49)
N/A	4 (9)
<b>Aumento do tempo entre as visitas de acompanhamento</b>	
Sim	32 (74)
Não	11 (26)
N/A	0 (0)
<b>Realização de testes de laboratório perto da casa do paciente</b>	
Sim	28 (65)
Não	15 (35)
N/A	0 (0)
<b>Os pacientes procuraram atendimento em outro centro</b>	
Sim	27 (63)
Não	15 (35)
N/A	1 (2)
<b>Disponibilidade de comitês de tumores antes da pandemia</b>	
Sim	27 (63)
Não	16 (37)
N/A	0 (0)
<b>Impacto da pandemia nos comitês de tumores</b>	
Cancelado	8 (18)
Mudado para virtual	8 (18)
Virtual e presencial	8 (18)
Nenhuma mudança	6 (14)
N/A	13 (30)
<b>Os comitês de tumores virtuais continuarão após a pandemia</b>	
Sim	12 (28)
Não	8 (19)
Não sabe	9 (21)
N/A	14 (33)

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 28. Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Interrupções do tratamento em 2020 (março - dezembro)</b>	
0%	1 (2)
1-30%	22 (51)
31-60%	16 (38)
61-90%	3 (7)
>90%	1 (2)
N/A	0 (0)
<b>Interrupções do tratamento em 2021 (janeiro - atual / limite setembro 2021)</b>	
0%	1 (2)
1-30%	31 (73)
31-60%	10 (24)
61-90%	1 (2)
>90%	0 (0)
N/A	0 (0)
<b>Pacientes que abandonaram o tratamento</b>	
0%	4 (9,3)
1-25%	28 (65,2)
26-50%	10 (23,2)
51-75%	1 (2,3)
>75%	0 (0)
<b>Razões para abandonar o tratamento</b>	
Razões relacionadas à COVID-19 (medo de infecções, quarentenas, etc.)	24 (56)
Razões não relacionadas à COVID-19 (o seguro interrompeu a cobertura, etc.)	4 (9)
A razão é desconhecida	2 (5)
Razões tanto relacionadas quanto não relacionadas à COVID-19	10 (23)
N/A	3 (7)
<b>Entrega de medicamentos no domicílio dos pacientes</b>	
Sim	15 (35)
Não	27 (63)
N/A	1 (2)
<b>Redução dos ciclos de quimioterapia em __% dos pacientes</b>	
0%	12 (28)
1-25%	20 (47)
26-50%	6 (14)
51-75%	1 (2)
>75%	0 (0)
N/A	4 (9)

Tabela 28 continua na próxima página

Tabela 28. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Os pacientes perderam pelo menos 1 ciclo de quimioterapia</b>	
<10%	10 (23)
11-25%	17 (40)
26-50%	8 (19)
51-75%	5 (12)
>75%	1 (2)
N/A	2 (5)
<b>Mudanças em qualquer parte do tratamento dos pacientes</b>	
0%	5 (12)
1-25%	23 (54)
26-50%	9 (21)
51-75%	4 (9)
>75%	0 (0)
N/A	2 (5)
<b>Redução do uso de G-CSF em regimes de quimioterapia</b>	
Sim	8 (19)
Não	18 (42)
N/A	17 (40)
<b>Aumento do uso de quimioterapia oral sobre IV</b>	
0%	9 (21)
1-25%	25 (58)
26-50%	5 (12)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	4 (9)
<b>Barreiras de acesso aos agentes orais</b>	
Sim, no sistema público	6 (14)
Sim, no sistema privado	3 (7)
Sim, tanto no sistema público quanto no privado	13 (30)
Não	14 (33)
N/A	7 (7)

Tabela 28 continua na próxima página

Tabela 28. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Desvio das CPG ou do SOC, adiando a cirurgia</b>	
0%	6 (14)
1-25%	27 (66)
26-50%	4 (9)
51-75%	3 (7)
>75%	1 (2)
N/A	2 (5)
<b>Desvio das CPG ou do SoC, adiando a radioterapia</b>	
0%	6 (14)
1-25%	27 (63)
26-50%	2 (5)
51-75%	1 (2)
>75%	1 (2)
N/A	6 (14)
<b>Potenciais danos aos pacientes devido a interrupções no atendimento</b>	
Sim, devido à falta de acesso ao tratamento do câncer	13 (30)
Sim, devido à falta de acesso aos tratamentos não relacionados ao câncer	8 (19)
Sim, devido a ambos	16 (37)
Não	6 (14)

No.: número; N/A: não aplicável; CPG: diretrizes clínicas; G-CSF: fator estimulante da colônia de granulócitos; SoC: padrão de cuidados



Tabela 29. Diagnóstico e controle de infecções por COVID-19

Problema	Nº (%)
<b>Pacientes oncológicos ambulatoriais com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	36 (84)
Não	7 (16)
N/A	0 (0)
<b>Pacientes oncológicos internados com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	30 (70)
Não	13 (30)
N/A	0 (0)
<b>Falta de EPI no centro</b>	
Sim	33 (91)
Não	10 (9)
<b>Membro do departamento de oncologia diagnosticado com COVID-19</b>	
Sim	30 (70)
Não	11 (26)
Prefere não responder	2 (5)
<b>Recomenda a vacina COVID-19 para a maioria dos pacientes oncológicos</b>	
Sim	42 (98)
Não	1 (2)
<b>Vacina COVID-19 disponível para pacientes oncológicos</b>	
Janeiro 2021	2 (5)
Fevereiro 2021	2 (5)
Março 2021	13 (30)
Abril 2021	14 (33)
Mai 2021	3 (7)
Junho 2021	2 (5)
Julho 2021	0 (0)
Não disponível	0 (0)
Não sabe	0 (0)
Não foi dada prioridade a pacientes com câncer	4 (9)

No.: número; N/A: não aplicável; EPI: equipamento de proteção individual

Tabela 30. Impacto econômico

Problema	N° (%)				
<b>Pedidos de pagadores ou do centro de saúde para implementar medidas de contenção de custos</b>					
Sim, por instituição	9 (21)				
Sim, por companhias de seguros	6 (14)				
Sim, por instituição E por companhias de seguro	5 (12)				
Não	17 (40)				
Prefere não responder	6 (14)				
<b>Mudanças no orçamento alocado ao tratamento do câncer pelo centro de saúde</b>					
Sim, aumento	3 (7)				
Sim, diminuição	30 (70)				
Não	5 (12)				
Não sabe	4 (9)				
N/A	1 (2)				
<b>Mudanças no orçamento destinado ao tratamento do câncer pelo governo (despesas públicas com câncer)</b>					
Sim, aumento	2 (5)				
Sim, diminuição	30 (72)				
Não	5 (12)				
Não sabe	4 (9)				
N/A	2 (5)				
<b>Aumento esperado de pacientes com câncer após a pandemia</b>					
Sim, significativo	13 (30,2)				
Sim, moderado	19 (44,2)				
Sim, leve	7 (16,3)				
Não	4 (9,3)				
<b>Preparação do sistema de saúde para o aumento do número de pacientes com câncer</b>					
	V	M	S	N	N/A
Atribuição de orçamento para o tratamento do câncer	1	2	10	29	1
Disponibilidade de pessoal da área de saúde	2	6	12	22	1
Disponibilidade de instalações especializadas	1	5	18	18	1
<b>O governo anunciou um plano de ação para enfrentar o aumento da carga do câncer</b>					
	Cant. (%)				
Sim	3 (7)				
Não	40 (93)				
Não sabe	0 (0)				

N°: número; N/A: não aplicável; V: muito; M: moderadamente; S: ligeiramente; N: não

Anexo 1 → Tabelas de países para pesquisa médica

## Tabelas para o Peru



Tabela 31. Interrupção do tratamento do câncer

Problema	N° (%)				
<b>Interrupção do tratamento habitual</b>					
Não afetado	0 (0)				
Ligeiramente afetado	2 (10)				
Moderadamente afetado	10 (52)				
Severamente afetado	7 (36)				
<b>Ordem de razões para a interrupção do tratamento habitual</b>					
Quarentenas/ restrições de viagens	1				
Sistema de saúde sobrecarregado	2				
Medidas preventivas	3				
Falta de pessoal devido à infecção	4				
Outros (por exemplo: medo de contágio)	5				
Falta de acesso a medicamentos	6				
<b>Fechamento do centro</b>					
Não, permaneceu totalmente aberto	1 (5)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida	11 (58)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida durante os picos	3 (16)				
Sim, parcialmente fechado	4 (21)				
Sim, completamente fechado	0 (0)				
<b>Severidade da interrupção por área</b>					
	N	S	M	Se	NA
Cirurgia	0	0	6	13	0
Radioterapia	0	2	13	3	1
Quimioterapia	4	5	9	1	0
Imunoterapia	4	3	6	3	3
Terapia hormonal	6	4	9	0	0
Terapia-alvo	5	5	6	1	2
Transplante de células-tronco	0	0	6	8	5
Cuidados paliativos	2	3	9	5	0
Cuidados de apoio	1	1	7	10	0
Diagnóstico	0	1	11	7	0

N: não; S: leve; M: moderado; Se: severo; N/A: não aplicável; N°: número

Tabela 32. Tendências epidemiológicas

Problema	N° (%)					
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, março de 2020 - agosto de 2020</b>	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Aumento	8	2	1	4	0	3
Diminuição	0	5	6	4	0	4
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, setembro de 2020 - Presente (limite set. 2021)</b>						
Aumento	4	5	4	3	0	3
Diminuição	2	7	6	0	0	4
<b>Atrasos no diagnóstico do câncer devido à pandemia</b>	<b>N° (%)</b>					
1-2 meses	0 (0)					
3-4 meses	3 (16)					
5-6 meses	5 (26)					
>6 meses	11 (58)					
Nenhuma mudança	0 (0)					
N/A	0 (0)					
<b>Aumento da doença avançada no diagnóstico devido à pandemia</b>						
Não	0 (0)					
Sim	19 (100)					
<b>Aumento da mortalidade por câncer devido à pandemia</b>						
0%	0 (0)					
1-10%	4 (21)					
11-25%	6 (32)					
26-50%	8 (42)					
51-75%	0 (0)					
>75%	1 (5)					
N/A	0 (0)					
<b>Aumento da recidiva do câncer devido à pandemia</b>						
0%	0 (0)					
1-10%	1 (5)					
11-25%	10 (52)					
26-50%	6 (32)					
51-75%	2 (11)					
>75%	0 (0)					
N/A	0 (0)					

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 33. Triagem e prevenção

Problema	N° (%)					
	0%	1-25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Diminuição da triagem do câncer	0%	1-25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mamografia	1	3	7	5	3	0
Colonoscopia	0	2	6	5	4	2
Teste de PSA	1	11	4	0	1	2
TC de tórax	0	9	4	3	2	1
Biópsia / exames de patologia	0	6	7	5	1	0
<b>Programas e atividades de prevenção</b>						<b>N° (%)</b>
Diminuição das atividades de prevenção						19 (100)
Nenhuma mudança						0 (0)
N/A						0 (0)

No.: número; N/A: não aplicável; PSA: antígeno específico da próstata; CT: tomografia computadorizada

Tabela 34. Adaptações de atendimento virtual e remoto

Problema	N° (%)
<b>Visitas ambulatoriais</b>	
Cancelamento de visitas presenciais à clínica e mudança para visitas virtuais (telemedicina)	5 (26)
Redução de visitas presenciais à clínica e adicionamento de visitas virtuais (telemedicina)	13 (69)
Visitas ambulatoriais contínuas como de costume	1 (5)
Cancelamento de todas as visitas	0 (0)
N/A	0 (0)
<b>As visitas virtuais à clínica continuarão após a pandemia</b>	
Sim	18 (95)
Não	1 (5)
N/A	0 (0)
<b>Aumento do tempo entre as visitas de acompanhamento</b>	
Sim	19 (100)
Não	0 (0)
N/A	0 (0)
<b>Realização de testes de laboratório perto da casa do paciente</b>	
Sim	13 (68)
Não	6 (32)
N/A	0 (0)
<b>Os pacientes procuraram atendimento em outro centro</b>	
Sim	15 (79)
Não	2 (11)
N/A	2 (11)
<b>Disponibilidade de comitês de tumores antes da pandemia</b>	
Sim	19 (100)
Não	0 (0)
N/A	0 (0)
<b>Impacto da pandemia nos comitês de tumores</b>	
Cancelado	5 (26)
Mudado para virtual	11 (58)
Virtual e presencial	3 (16)
Nenhuma mudança	0 (0)
N/A	0 (0)
<b>Os comitês de tumores virtuais continuarão após a pandemia</b>	
Sim	17 (90)
Não	1 (5)
Não sabe	1 (5)
N/A	0 (0)

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 35. Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Interrupções do tratamento em 2020 (março - dezembro)</b>	
0%	0 (0)
1-30%	7 (37)
31-60%	8 (42)
61-90%	4 (21)
>90%	0 (0)
N/A	0 (0)
<b>Interrupções do tratamento em 2021 (janeiro - presente (limite setembro 2021))</b>	
0%	1 (5)
1-30%	10 (53)
31-60%	8 (42)
61-90%	0 (0)
>90%	0 (0)
N/A	0 (0)
<b>Pacientes que abandonaram o tratamento</b>	
0%	0 (0)
1-25%	13 (68)
26-50%	3 (16)
51-75%	3 (16)
>75%	0 (0)
<b>Razões para abandonar o tratamento</b>	
Razões relacionadas à COVID-19 (medo de contágio, quarentenas, etc.)	14 (74)
Razões não relacionadas à COVID-19 (o seguro interrompeu a cobertura, etc.)	0 (0)
A razão é desconhecida	0 (0)
Razões tanto relacionadas quanto não relacionadas à COVID-19	5 (26)
N/A	0 (0)
<b>Entrega de medicamentos no domicílio dos pacientes</b>	
Sim	13 (69)
Não	5 (26)
N/A	1 (5)
<b>Redução dos ciclos de quimioterapia em __% dos pacientes</b>	
0%	1 (5)
1-25%	12 (63)
26-50%	0 (0)
51-75%	2 (11)
>75%	0 (0)
N/A	4 (21)

Tabela 35 continua na próxima página

Tabela 35. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Os pacientes perderam pelo menos 1 ciclo de quimioterapia</b>	
<10%	3 (16)
11-25%	8 (42)
26-50%	3 (16)
51-75%	4 (21)
>75%	0 (0)
N/A	1 (5)
<b>Mudanças em qualquer parte do tratamento dos pacientes</b>	
0%	0 (0)
1-25%	11 (58)
26-50%	6 (32)
51-75%	1 (5)
>75%	1 (5)
N/A	0 (0)
<b>Redução do uso de G-CSF em regimes de quimioterapia</b>	
Sim	4 (21)
Não	12 (63)
N/A	3 (16)
<b>Aumento do uso de quimioterapia oral sobre IV</b>	
0%	0 (0)
1-25%	10 (53)
26-50%	4 (21)
51-75%	4 (21)
>75%	0 (0)
N/A	1 (5)
<b>Barreiras de acesso aos agentes orais</b>	
Sim, no sistema público	3 (16)
Sim, no sistema privado	0 (0)
Sim, tanto no sistema público quanto no privado	4 (21)
Não	11 (58)
N/A	1 (5)

Tabela 35 continua na próxima página



Tabela 35. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Desvio das CPG ou do SOC, adiando a cirurgia</b>	
0%	2 (11)
1-25%	10 (53)
26-50%	4 (21)
51-75%	3 (16)
>75%	0 (0)
N/A	0 (0)
<b>Desvio das CPG ou do SoC, adiando a radioterapia</b>	
0%	2 (11)
1-25%	11 (58)
26-50%	4 (21)
51-75%	1 (5)
>75%	0 (0)
N/A	1 (5)
<b>Potenciais danos aos pacientes devido a interrupções no atendimento</b>	
Sim, devido à falta de acesso ao tratamento do câncer	10 (53)
Sim, devido à falta de acesso aos tratamentos não relacionados ao câncer	3 (16)
Sim, devido a ambos	6 (32)
Não	0 (0)

No.: número; N/A: não aplicável; CPG: diretrizes clínicas; G-CSF: fator estimulante da colônia de granulócitos; SoC: padrão de cuidados

Tabela 36. Diagnóstico e controle de infecções por COVID-19

Problema	N° (%)
<b>Pacientes oncológicos ambulatoriais com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	18 (95)
Não	1 (5)
N/A	0 (0)
<b>Pacientes oncológicos internados com diagnóstico de COVID-19</b>	
Sim	16 (84)
Não	2 (11)
N/A	1 (5)
<b>Falta de EPI no centro</b>	
Sim	14 (86)
Não	5 (14)
<b>Membro do departamento de oncologia diagnosticado com COVID-19</b>	
Sim	18 (95)
Não	1 (5)
Prefere não responder	0 (0)
<b>Recomenda a vacina COVID-19 para a maioria dos pacientes oncológicos</b>	
Sim	19 (100)
Não	0 (0)
<b>Vacina COVID-19 disponível para pacientes oncológicos</b>	
Janeiro 2021	0 (0)
Fevereiro 2021	1 (5)
Março 2021	0 (0)
Abril 2021	1 (5)
Maio 2021	7 (37)
Junho 2021	7 (37)
Julho 2021	0 (0)
Não disponível	0 (0)
Não sabe	1 (5)
Não foi dada prioridade a pacientes com câncer	0 (0)
N/A	2 (11)

No.: número; N/A: não aplicável; EPI: equipamento de proteção individual

Tabela 37. Impacto econômico

Problema	N° (%)				
<b>Pedidos de pagadores ou do centro de saúde para implementar medidas de contenção de custos</b>					
Sim, por instituição	5 (26)				
Sim, por companhias de seguros	3 (16)				
Sim, por instituição E por companhias de seguros	1 (5)				
Não	10 (53)				
Prefere não responder	0 (0)				
<b>Mudanças no orçamento alocado ao tratamento do câncer pelo centro de saúde</b>					
Sim, aumento	2 (11)				
Sim, diminuição	13 (68)				
Não	3 (16)				
Não sabe	1 (5)				
N/A	0 (0)				
<b>Mudanças no orçamento destinado ao tratamento do câncer pelo governo (despesas públicas com câncer)</b>					
Sim, aumento	2 (10)				
Sim, diminuição	14 (75)				
Não	2 (10)				
Não sabe	1 (5)				
N/A	0 (0)				
<b>Aumento esperado de pacientes com câncer após a pandemia</b>					
Sim, significativo	12 (63)				
Sim, moderado	6 (32)				
Sim, leve	1 (5)				
Não	0 (0)				
<b>Preparação do sistema de saúde para o aumento do número de pacientes com câncer</b>					
	V	M	S	N	N/A
Atribuição de orçamento para o tratamento do câncer	1	4	8	6	0
Disponibilidade de pessoal da área de saúde	1	6	5	7	0
Disponibilidade de instalações especializadas	1	5	4	9	0
<b>O governo anunciou um plano de ação para enfrentar o aumento da carga do câncer</b>					
Sim	4 (21)				
Não	14 (74)				
Não sabe	1 (5)				

N°: número; N/A: não aplicável; V: muito; M: moderadamente; S: ligeiramente; N: não

Anexo 1 → Tabelas de países para pesquisa médica

# Tabelas para a América Central

Tabela 38. Interrupção do tratamento do câncer

Problema	N° (%)				
<b>Interrupção do tratamento habitual</b>					
Não afetado	1 (2)				
Ligeiramente afetado	11 (28)				
Moderadamente afetado	23 (58)				
Severamente afetado	4 (12)				
<b>Ordem de razões para a interrupção do tratamento habitual</b>					
Sistema de saúde sobrecarregado	1				
Medidas preventivas	2				
Quarentenas/ restrições de viagens	3				
Falta de pessoal devido à infecção	4				
Outros (por exemplo: medo de contágio)	5				
Falta de acesso a medicamentos	6				
<b>Fechamento do centro</b>					
Não, permaneceu totalmente aberto	9 (23)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida	16 (41)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida durante os picos	7 (18)				
Sim, parcialmente fechado	6 (15)				
Sim, completamente fechado	1 (3)				
<b>Severidade da interrupção por área</b>					
	N	S	M	Se	N/A
Cirurgia	2	9	14	11	3
Radioterapia	5	13	13	0	8
Quimioterapia	10	13	10	2	4
Imunoterapia	11	14	7	2	5
Terapia hormonal	18	11	2	1	7
Terapia-alvo	13	8	9	1	8
Transplante de células-tronco	3	5	5	4	23
Cuidados paliativos	8	8	14	5	4
Cuidados de apoio	4	11	15	6	3
Diagnóstico	5	9	14	11	0

N: não; S: leve; M: moderado; Se: severo; N/A: não aplicável; N°: número

Tabela 39. Tendências epidemiológicas

Problema	N° (%)					
	0%	1- 25%	26- 50%	51- 75%	>75%	N/A
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, março de 2020 - agosto de 2020</b>						
Aumento	9	14	8	2	0	6
Diminuição	8	12	4	0	0	13
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, setembro de 2020 - presente (limite set. 2021)</b>						
Aumento	7	17	9	3	0	3
Diminuição	11	11	3	1	0	12
<b>Atrasos no diagnóstico do câncer devido à pandemia</b>	<b>N° (%)</b>					
1-2 meses	6 (15)					
3-4 meses	8 (21)					
5-6 meses	13 (33)					
>6 meses	7 (18)					
Nenhuma mudança	5 (13)					
N/A	0 (0)					
<b>Aumento da doença avançada no diagnóstico devido à pandemia</b>	<b>N° (%)</b>					
Não	0 (0)					
Sim	39 (100)					
<b>Aumento da mortalidade por câncer devido à pandemia</b>	<b>N° (%)</b>					
0%	2 (5)					
1-10%	11 (28)					
11-25%	11 (28)					
26-50%	7 (18)					
51-75%	0 (0)					
>75%	0 (0)					
N/A	8 (21)					
<b>Aumento da recidiva do câncer devido à pandemia</b>	<b>N° (%)</b>					
0%	4 (11)					
1-10%	7 (18)					
11-25%	13 (34)					
26-50%	7 (18)					
51-75%	2 (5)					
>75%	1 (3)					
N/A	4 (11)					

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 40. Triagem e prevenção

Problema	N° (%)					N/A
	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	
<b>Diminuição da triagem do câncer</b>						
Mamografia	1	22	5	4	1	6
Colonoscopia	0	15	3	6	2	13
Teste de PSA	5	18	2	0	0	14
TC de tórax	7	13	3	1	1	14
Biópsia / exames de patologia	2	23	6	2	0	6
<b>Programas e atividades de prevenção</b>						<b>N° (%)</b>
Diminuição das atividades de prevenção						22 (57)
Nenhuma mudança						6 (15)
N/A						11 (28)

No.: número; N/A: não aplicável; PSA: antígeno específico da próstata; CT: tomografia computadorizada

Tabela 41. Adaptações de atendimento virtual e remoto

Problema	N° (%)
<b>Visitas ambulatoriais</b>	
Cancelamento de visitas presenciais à clínica e mudança para visitas virtuais (telemedicina)	6 (15)
Redução de visitas presenciais à clínica e adicionamento de visitas virtuais (telemedicina)	24 (61)
Visitas ambulatoriais contínuas como de costume	5 (13)
Cancelamento de todas as visitas	3 (8)
N/A	1 (3)
<b>As visitas virtuais à clínica continuarão após a pandemia</b>	
Sim	25 (64)
Não	9 (23)
N/A	5 (13)
<b>Aumento do tempo entre as visitas de acompanhamento</b>	
Sim	26 (68)
Não	9 (23)
N/A	4 (11)
<b>Realização de testes de laboratório perto da casa do paciente</b>	
Sim	33 (84)
Não	1 (3)
N/A	5 (13)
<b>Os pacientes procuraram atendimento em outro centro</b>	
Sim	21 (54)
Não	15 (38)
N/A	3 (8)
<b>Disponibilidade de comitês de tumores antes da pandemia</b>	
Sim	36 (92)
Não	2 (5)
N/A	1 (3)
<b>Impacto da pandemia nos comitês de tumores</b>	
Cancelado	2 (5)
Mudado para virtual	24 (62)
Virtual e presencial	9 (23)
Nenhuma mudança	2 (5)
N/A	2 (5)
<b>Os comitês de tumores virtuais continuarão após a pandemia</b>	
Sim	32 (82)
Não	5 (13)
Não sabe	2 (5)
N/A	0

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 42. Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	Nº (%)
<b>Interrupções do tratamento em 2020 (março - dezembro)</b>	
0%	3 (8)
1-30%	21 (54)
31-60%	11 (28)
61-90%	2 (5)
>90%	0 (0)
N/A	2 (5)
<b>Interrupções do tratamento em 2021 (janeiro - presente (limite setembro 2021))</b>	
0%	12 (31)
1-30%	20 (51)
31-60%	5 (13)
61-90%	0 (0)
>90%	0 (0)
N/A	2 (5)
<b>Pacientes que abandonaram o tratamento</b>	
0%	6 (15)
1-25%	27 (70)
26-50%	5 (13)
51-75%	0 (0)
>75%	1 (2)
<b>Razões para abandonar o tratamento</b>	
Razões relacionadas à COVID-19 (medo de contágio, quarentenas, etc.)	20 (54)
Razões não relacionadas à COVID-19 (o seguro interrompeu a cobertura, etc.)	1 (3)
A razão é desconhecida	1 (3)
Razões tanto relacionadas quanto não relacionadas à COVID-19	13 (35)
N/A	2 (5)
<b>Entrega de medicamentos no domicílio dos pacientes</b>	
Sim	18 (46)
Não	15 (39)
N/A	6 (15)
<b>Redução dos ciclos de quimioterapia em __% dos pacientes</b>	
0%	9 (23)
1-25%	15 (39)
26-50%	0 (0)
51-75%	1 (2)
>75%	0 (0)
N/A	14 (36)

Tabela 42 continua na próxima página



Tabela 42. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
<b>Os pacientes perderam pelo menos 1 ciclo de quimioterapia</b>	
<10%	7 (18)
11-25%	14 (36)
26-50%	5 (13)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	13 (33)
<b>Mudanças em qualquer parte do tratamento dos pacientes</b>	
0%	4 (10)
1-25%	24 (62)
26-50%	3 (8)
51-75%	2 (5)
>75%	0 (0)
N/A	6 (15)
<b>Redução do uso de G-CSF em regimes de quimioterapia</b>	
Sim	2 (5)
Não	16 (41)
N/A	21 (54)
<b>Aumento do uso de quimioterapia oral sobre IV</b>	
0%	1 (3)
1-25%	15 (38)
26-50%	5 (13)
51-75%	1 (3)
>75%	0 (0)
N/A	17 (43)
<b>Barreiras de acesso aos agentes orais</b>	
Sim, no sistema público	8 (22)
Sim, no sistema privado	0 (0)
Sim, tanto no sistema público quanto no privado	8 (22)
Não	11 (31)
N/A	9 (25)

Tabela 42 continua na próxima página

Tabela 42. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
Desvio das CPG ou do SOC, adiando a cirurgia	
0%	4 (10)
1-25%	23 (59)
26-50%	3 (8)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	9 (23)
Desvio das CPG ou do SoC, adiando a radioterapia	
0%	7 (18)
1-25%	19 (48)
26-50%	1 (3)
51-75%	1 (3)
>75%	0 (0)
N/A	11 (28)
Potenciais danos aos pacientes devido a interrupções no atendimento	
Sim, devido à falta de acesso ao tratamento do câncer	7 (18)
Sim, devido à falta de acesso aos tratamentos não relacionados ao câncer	9 (23)
Sim, devido a ambos	19 (49)
Não	4 (10)

No.: número; N/A: não aplicável; CPG: diretrizes clínicas; G-CSF: fator estimulante da colônia de granulócitos; SoC: padrão de cuidados

Tabela 43. Diagnóstico e controle de infecções por COVID-19

Problema	N° (%)
Pacientes oncológicos ambulatoriais com diagnóstico de COVID-19	
Sim	33 (85)
Não	6 (15)
N/A	0 (0)
Pacientes oncológicos internados com diagnóstico de COVID-19	
Sim	28 (72)
Não	9 (23)
N/A	2 (5)
Falta de EPI no centro	
Sim	22 (57)
Não	17 (43)
Membro do departamento de oncologia diagnosticado com COVID-19	
Sim	32 (82)
Não	4 (10)
Prefere não responder	3 (8)
Recomenda a vacina COVID-19 para a maioria dos pacientes oncológicos	
Sim	39 (100)
Não	0 (0)
Vacina COVID-19 disponível para pacientes oncológicos	
Janeiro 2021	3 (8)
Fevereiro 2021	7 (18)
Março 2021	10 (26)
Abril 2021	14 (36)
Maio 2021	3 (8)
Junho 2021	1 (2)
Julho 2021	0 (0)
Não disponível	0 (0)
Não sabe	1 (2)
Não foi dada prioridade a pacientes com câncer	0 (0)

No.: número; N/A: não aplicável; EPI: equipamento de proteção individual

Tabela 44. Impacto econômico

Problema	Nº (%)
Pedidos de pagadores ou do centro de saúde para implementar medidas de contenção de custos	
Sim, por instituição	7 (18)
Sim, por companhias de seguros	1 (3)
Sim, por instituição E por companhias de seguros	2 (5)
Não	25 (64)
Prefere não responder	4 (10)
Mudanças no orçamento alocado ao tratamento do câncer pelo centro de saúde	
Sim, aumento	2 (5)
Sim, diminuição	12 (30)
Não	7 (18)
Não sabe	15 (39)
N/A	3 (8)
Mudanças no orçamento destinado ao tratamento do câncer pelo governo (despesas públicas com câncer)	
Sim, aumento	5 (12)
Sim, diminuição	10 (26)
Não	10 (26)
Não sabe	14 (36)
N/A	0 (0)
Aumento esperado de pacientes com câncer após a pandemia	
Sim, significativo	12 (31)
Sim, moderado	16 (41)
Sim, leve	8 (20)
Não	3 (8)

Nº: número; N/A: não aplicável; V: muito; M: moderadamente; S: ligeiramente; N: não

Anexo 1 → Tabelas de países para pesquisa médica

## Tabelas para o Cone Sul



Tabela 45. Interrupção do tratamento do câncer

Problema	N° (%)				
<b>Interrupção do tratamento habitual</b>					
Não afetado	6 (9)				
Ligeiramente afetado	24 (35)				
Moderadamente afetado	30 (44)				
Severamente afetado	8 (12)				
<b>Ordem de razões para a interrupção do tratamento habitual</b>					
Medidas preventivas	1				
Quarentenas/ restrições de viagens	2				
Sistema de saúde sobrecarregado	3				
Outros (por exemplo: medo de contágio)	4				
Falta de pessoal devido à infecção	5				
Falta de acesso a medicamentos	6				
<b>Fechamento do centro</b>					
Não, permaneceu totalmente aberto	27 (39)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida	26 (38)				
Não, mas com carga de trabalho reduzida durante os picos	9 (13)				
Sim, parcialmente fechado	6 (9)				
Sim, completamente fechado	0 (0)				
<b>Severidade da interrupção por área</b>					
	N	S	M	Se	N/A
Cirurgia	5	16	25	21	1
Radioterapia	17	23	14	3	11
Quimioterapia	39	15	11	0	3
Imunoterapia	34	14	8	3	9
Terapia hormonal	47	14	1	0	6
Terapia-alvo	36	19	5	2	6
Transplante de células-tronco	5	3	6	3	53
Cuidados paliativos	23	20	15	5	6
Cuidados de apoio	9	19	19	17	4
Diagnóstico	2	27	28	10	1

N: não; S: leve; M: moderado; Se: severo; N/A: não aplicável; N°: número

Tabela 46. Tendências epidemiológicas

Problema	N° (%)					
	0%	1-25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mudança no número de novos casos de câncer, março de 2020 - agosto de 2020						
Aumento	23	22	3	2	3	16
Diminuição	24	20	3	2	1	16
<b>Mudança no número de novos casos de câncer, setembro de 2020 - presente (limite set. 2021)</b>						
Aumento	15	26	11	4	2	10
Diminuição	30	14	4	0	0	20
<b>Atrasos no diagnóstico do câncer devido à pandemia</b>						<b>N° (%)</b>
1-2 meses						7 (10)
3-4 meses						12 (18)
5-6 meses						17 (25)
>6 meses						29 (43)
Nenhuma mudança						3 (4)
N/A						0
<b>Aumento da doença avançada no diagnóstico devido à pandemia</b>						
Não						6 (9)
Sim						62 (91)
<b>Aumento da mortalidade por câncer devido à pandemia</b>						
0%						10 (15)
1-10%						17 (25)
11-25%						20 (29)
26-50%						6 (9)
51-75%						3 (4)
>75%						1 (1)
N/A						11 (16)
<b>Aumento da recidiva do câncer devido à pandemia</b>						
0%						8 (12)
1-10%						12 (18)
11-25%						27 (40)
26-50%						6 (9)
51-75%						4 (6)
>75%						1 (1)
N/A						10 (15)

No.: número; N/A: não aplicável

Tabela 47. Triagem e prevenção

Problema	Nº (%)					
	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Diminuição da triagem do câncer	0%	1- 25%	26-50%	51-75%	>75%	N/A
Mamografia	1	24	14	8	1	7
Colonoscopia	0	12	13	8	11	11
Teste de PSA	6	25	5	3	0	16
TC de tórax	4	22	8	5	1	15
Exames de patologia	4	32	4	7	3	5
Programas e atividades de prevenção						
Diminuição das atividades de prevenção						50 (74)
Nenhuma mudança						8 (12)
N/A						10 (15)

No.: número; N/A: não aplicável; PSA: antígeno específico da próstata; CT: tomografia computadorizada

Tabela 48. Adaptações de atendimento virtual e remoto

Problema	N° (%)
Visitas ambulatoriais	
Cancelamento de visitas presenciais à clínica e mudança para visitas virtuais (telemedicina)	15 (22)
Redução de visitas presenciais à clínica e adicionamento de visitas virtuais (telemedicina)	44 (65)
Visitas ambulatoriais contínuas como de costume	8 (12)
Cancelamento de todas as visitas	0
N/A	1 (1)
As visitas virtuais à clínica continuarão após a pandemia	
Sim	47 (69)
Não	19 (28)
N/A	2 (3)
Aumento do tempo entre as visitas de acompanhamento	
Sim	58 (85)
Não	8 (12)
N/A	2 (3)
Realização de testes de laboratório perto da casa do paciente	
Sim	41 (60)
Não	21 (30)
N/A	6 (9)
Os pacientes procuraram atendimento em outro centro	
Sim	40 (59)
Não	27 (40)
N/A	1 (1)
Disponibilidade de comitês de tumores antes da pandemia	
Sim	58 (85)
Não	9 (13)
N/A	1 (1)
Impacto da pandemia nos comitês de tumores	
Cancelado	3 (4)
Mudado para virtual	47 (69)
Virtual e presencial	9 (13)
Nenhuma mudança	2 (3)
N/A	7 (10)
Os comitês de tumores virtuais continuarão após a pandemia	
Sim	40 (59)
Não	14 (21)
Não sabe	10 (15)
N/A	4 (6)

Cant. Cantidad; N/A: no corresponde



Tabela 49. Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
Interrupções do tratamento em 2020 (março - dezembro)	
0%	13 (19)
1-30%	40 (59)
31-60%	10 (15)
61-90%	3 (4)
>90%	0 (0)
N/A	1 (1)
Interrupções do tratamento em 2021 (janeiro - presente (limite setembro 2021))	
0%	21 (31)
1-30%	38 (56)
31-60%	5 (7)
61-90%	1 (1)
>90%	0 (0)
N/A	3 (4)
Pacientes que abandonaram o tratamento	
0%	24 (35)
1-25%	40 (59)
26-50%	4 (6)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
Razões para abandonar o tratamento	
Razões relacionadas à COVID-19 (medo de contágio, quarentenas, etc.)	37 (54)
Razões não relacionadas à COVID-19 (o seguro interrompeu a cobertura, etc.)	2 (3)
A razão é desconhecida	2 (3)
Razões tanto relacionadas quanto não relacionadas à COVID-19	7 (10)
N/A	19 (28)
Entrega de medicamentos no domicílio dos pacientes	
Sim	22 (32)
Não	38 (56)
N/A	8 (12)
Redução dos ciclos de quimioterapia em ___% dos pacientes	
0%	27 (40)
1-25%	29 (43)
26-50%	1 (1)
51-75%	0 (0)
>75%	0 (0)
N/A	11 (16)

Tabela 49 continua na próxima página

Tabela 49. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
Os pacientes perderam pelo menos 1 ciclo de quimioterapia	
<10%	33 (49)
11-25%	18 (27)
26-50%	5 (7)
51-75%	2 (3)
>75%	2 (3)
N/A	8 (12)
Mudanças em qualquer parte do tratamento dos pacientes	
0%	8 (12)
1-25%	51 (75)
26-50%	4 (6)
51-75%	2 (3)
>75%	1 (1)
N/A	2 (3)
Redução do uso de G-CSF em regimes de quimioterapia	
Sim	2 (3)
Não	54 (79)
N/A	12 (18)
Aumento do uso de quimioterapia oral sobre IV	
0%	10 (15)
1-25%	37 (54)
26-50%	5 (7)
51-75%	1 (1)
>75%	1 (1)
N/A	14 (21)
Barreiras de acesso aos agentes orais	
Sim, no sistema público	15 (22)
Sim, no sistema privado	0 (0)
Sim, tanto no sistema público quanto no privado	13 (19)
Não	32 (47)
N/A	8 (12)

Tabela 49 continua na próxima página

Tabela 49. (Continuação) Mudanças e interrupções do tratamento

Problema	N° (%)
Desvio das CPG ou do SOC, adiando a cirurgia	
0%	17 (25)
1-25%	37 (54)
26-50%	6 (9)
51-75%	2 (3)
>75%	1 (1)
N/A	5 (7)
Desvio das CPG ou do SoC, adiando a radioterapia	
0%	19 (28)
1-25%	34 (50)
26-50%	5 (7)
51-75%	4 (6)
>75%	0 (0)
N/A	6 (9)
Potenciais danos aos pacientes devido a interrupções no atendimento	
Sim, devido à falta de acesso ao tratamento do câncer	7 (10)
Sim, devido à falta de acesso aos tratamentos não relacionados ao câncer	21 (31)
Sim, devido a ambos	32 (47)
Não	8 (12)

No.: número; N/A: não aplicável; CPG: diretrizes clínicas; G-CSF: fator estimulante da colônia de granulócitos; SoC: padrão de cuidados

Tabela 50. Diagnóstico e controle de infecções por COVID-19

Problema	N° (%)
Pacientes oncológicos ambulatoriais com diagnóstico de COVID-19	
Sim	59 (87)
Não	9 (13)
N/A	0 (0)
Pacientes oncológicos internados com diagnóstico de COVID-19	
Sim	55 (81)
Não	11 (16)
N/A	2 (3)
Falta de EPI no centro	
Sim	26 (38)
Não	42 (62)
Membro do departamento de oncologia diagnosticado com COVID-19	
Sim	51 (75)
Não	17 (25)
Prefere não responder	0 (0)
Recomenda a vacina COVID-19 para a maioria dos pacientes oncológicos	
Sim	68 (100)
Não	0 (0)
Vacina COVID-19 disponível para pacientes oncológicos	
Janeiro 2021	5 (7)
Fevereiro 2021	2 (3)
Março 2021	23 (34)
Abril 2021	14 (21)
Maio 2021	11 (16)
Junho 2021	1 (1)
Julho 2021	0 (0)
Não disponível	0 (0)
Não sabe	5 (7)
Não foi dada prioridade a pacientes com câncer	7 (10)

No.: número; N/A: não aplicável; EPI: equipamento de proteção individual

Tabela 51. Impacto econômico

Problema	N° (%)				
Pedidos de pagadores ou do centro de saúde para implementar medidas de contenção de custos					
Sim, por instituição	6 (9)				
Sim, por companhias de seguros	5 (7)				
Sim, por instituição E por companhias de seguros	0 (0)				
Não	51 (75)				
Prefere não responder	6 (9)				
Mudanças no orçamento alocado ao tratamento do câncer pelo centro de saúde					
Sim, aumento	5 (7)				
Sim, diminuição	17 (25)				
Não	26 (38)				
Não sabe	18 (26)				
N/A	2 (3)				
Mudanças no orçamento destinado ao tratamento do câncer pelo governo (despesas públicas com câncer)					
Sim, aumento	4 (6)				
Sim, diminuição	22 (32)				
Não	18 (26)				
Não sabe	22 (32)				
N/A	2 (3)				
Aumento esperado de pacientes com câncer após a pandemia					
Sim, significativo	35 (51)				
Sim, moderado	22 (32)				
Sim, leve	7 (10)				
Não	4 (6)				
<b>Preparação do sistema de saúde para o aumento do número de pacientes com câncer</b>					
	V	M	S	N	NA
Atribuição de orçamento para o tratamento do câncer	2	18	14	28	6
Disponibilidade de pessoal da área de saúde	10	17	18	17	6
Disponibilidade de instalações especializadas	9	20	17	16	6
O governo anunciou um plano de ação para enfrentar o aumento da carga do câncer					
Sim	5 (7)				
Não	57 (84)				
Não sabe	6 (9)				

N°: número; N/A: não aplicável; V: muito; M: moderadamente; S: ligeiramente; N: não

# ANEXO 2

## MODELO ECONÔMICO ESPECÍFICO

## Anexo 2: Modelo econômico específico

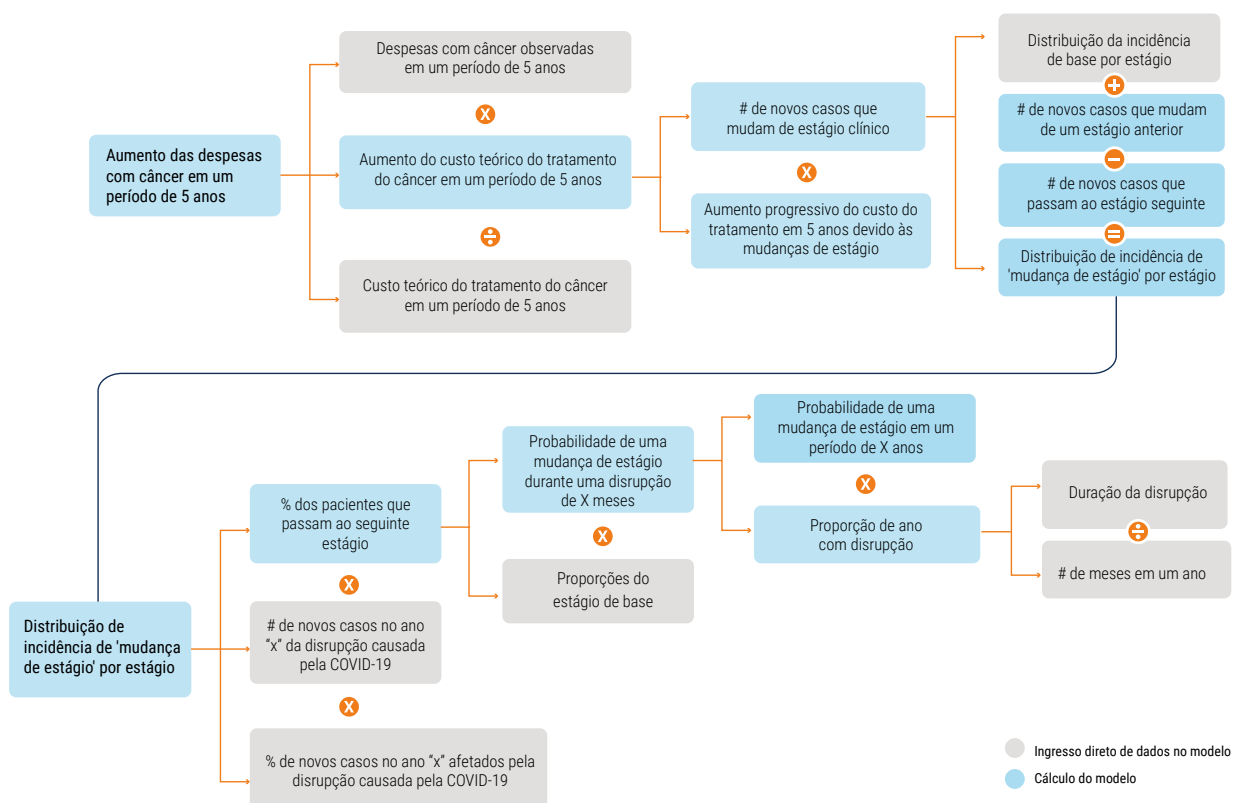
### O custo do tratamento em 5 anos

O impacto econômico direto sobre as despesas com câncer é avaliado através do método de estimativa de mudança de estágio clínico. As pessoas com câncer correm o risco de mudar de estágio clínico se atrasarem ou interromperem o tratamento devido à COVID-19 e, em geral, um estágio mais avançado é mais caro de tratar. Para este assunto, temos dois cenários: o cenário de referência, que é uma aproximação, baseada na literatura, da distribuição dos estágios da doença no início do tratamento (para casos novos) e durante o tratamento (para pacientes); e o cenário de mudança de estágio, que é a distribuição dos estágios da doença após os atrasos ou a interrupção do diagnóstico ou tratamento.

O quadro estima o número de pessoas que sofrem uma mudança de estágio clínico em função de “n” meses de adiamento do tratamento. Uma mudança de estágio clínico da doença ocorre quando a probabilidade de sobrevivência de um estágio específico diminui para o nível da probabilidade de sobrevivência do estágio subsequente devido a tal atraso ou interrupção no diagnóstico ou no tratamento.

O quadro usa as probabilidades de sobrevivência específicas do estágio da doença e os quocientes de risco por estágio para calcular a probabilidade de progressão de cada estágio devido a “n” meses de atraso e a porcentagem de pacientes e casos novos afetados pelo atraso. Posteriormente, com o número de casos e pacientes em cada estágio e sua probabilidade de mudança de estágio, obtemos o número de pacientes e casos novos que passarão para o próximo estágio e o multiplicamos pelo custo incremental do tratamento (Figura 17). Finalmente, transformamos o aumento do custo teórico do tratamento em um aumento das despesas com câncer em 5 anos para cada país e para os cinco tipos de câncer que estão sendo analisados ao longo deste estudo.

Figura 17: Quadro de mudança de estágio clínico



## Perda de capacidade econômica em 10 anos

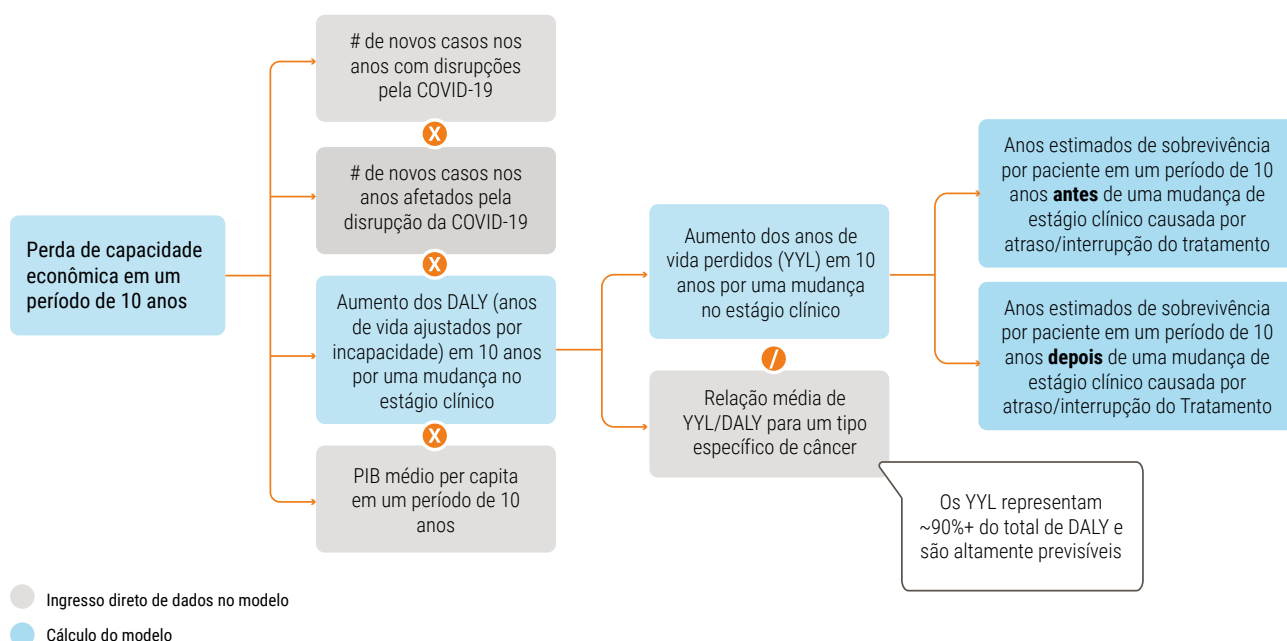
A perda de capacidade econômica em 10 anos, um dos dois impactos econômicos indiretos medidos neste relatório, é calculada através do método de estimativa da carga da doença. O quadro estima a diminuição na geração de valor econômico para os anos de vida perdidos por morte prematura (YLL) durante 10 anos devido a uma mudança no estágio clínico.

O aumento dos YLL por paciente ocorre quando a distribuição do estágio muda após uma mudança no estágio clínico e a taxa de sobrevivência específica combinada muda para baixo, o que resulta em uma probabilidade de sobrevivência geral mais baixa dos pacientes com câncer.

A fim de estimar o conjunto de dados específicos de probabilidade de sobrevivência combinada, as seguintes distribuições foram testadas para encontrar o melhor ajuste para cada uma delas: exponencial, gama, Weibull, log-normal, log-logística e Gompertz. Para escolher a distribuição de melhor ajuste, foram usados dois critérios: i) a distribuição com a menor soma residual de quadrados (RSS) e ii) o desempenho de um teste visual, traçando cada distribuição e comparando-as entre si. Obtendo a equação de melhor ajuste, a probabilidade de sobrevivência para os primeiros 5 anos foi modelada e a probabilidade de sobrevivência para o 6º ao 10º ano foi estimada. A área entre a linha de base e as curvas de “mudança de estágio” é o aumento dos YLL durante um período de 10 anos devido a um atraso no início do diagnóstico/tratamento.

Após a obtenção dos YLL no horizonte temporal, eles foram convertidos em DALY usando a razão média entre os YLL estimados e os DALY de um tipo específico de câncer (os YLL representam ~90% do total de DALY e são altamente previsíveis). Finalmente, os DALY foram convertidos para o PIB per capita perdido por ano usando a média do PIB per capita em 10 anos para cada país (Figura 18).

Figura 18. Quadro da carga da doença





## 10 anos de despesas públicas para combater a pobreza de pessoas empobrecidas por catástrofe financeira

A segunda estimativa do impacto econômico indireto, transmitida neste relatório, é o efeito de empobrecimento devido a um aumento das famílias que caem em uma catástrofe financeira. O quadro estima o aumento do número de famílias que caem no empobrecimento e, conseqüentemente, o aumento das despesas sociais necessárias para combater a pobreza em cada país.

Para estimar o aumento das despesas sociais na pobreza, o modelo recebe como informação as despesas sociais consagradas a combater a pobreza por família durante 10 anos e as multiplica pelo número incremental de famílias que caem no empobrecimento. A segunda variável é calculada considerando a razão entre as pessoas que caem no empobrecimento provocado pela catástrofe financeira e o número incremental de famílias que caem em uma catástrofe financeira.

O número de famílias que caem em uma catástrofe financeira é aproximado alavancando o método modelo de cálculo de mudança no estágio clínico para novos casos/pacientes que atrasam/interrumpem o tratamento por um período de tempo específico e multiplicando-o pela maior probabilidade de cair em uma catástrofe financeira dada uma mudança no estágio clínico (Figura 19).

Figura 19. Quadro de catástrofe/pauperização financeira

