

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

WILKA VALENTE ACIOLI CARTAXO

**EVOLUÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DIAGNÓSTICO
CONFIRMADO DE COVID 19 EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA**

JOÃO PESSOA – PB

2021

WILKA VALENTE ACIOLI CARTAXO

EVOLUÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DIAGNÓSTICO
CONFIRMADO DE COVID 19 EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do curso de
Medicina, do Centro de Ciências Médicas da
Universidade Federal da Paraíba, como pré-
requisito para a obtenção do Título de
Bacharel em Medicina.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Thiago Lins da Costa Almeida

João Pessoa

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C322e Cartaxo, Wilka Valente Acioli.

Evolução de pacientes oncológicos com diagnóstico
confirmado de COVID 19 em Centro de Referência de Alta
Complexidade em Oncologia / Wilka Valente Acioli
Cartaxo. - João Pessoa, 2021.
27 f. : il.

Orientação: Thiago Lins da Costa Almeida.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Covid 19. 2. Coronavírus. 3. Câncer. 4. Fator de
risco. 5. Óbito. I. Almeida, Thiago Lins da Costa. II.
Título.

UFPB/CCM

CDU 616-006(043.2)

WILKA VALENTE ACIOLI CARTAXO

EVOLUÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DIAGNÓSTICO
CONFIRMADO DE COVID 19 EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ALTA
COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências
Médicas da Universidade Federal da
Paraíba como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Data da Aprovação: 07/ 05/ 2021

Banca Examinadora

Prof. Orientador Dr. Thiago Lins da Costa Almeida

Julgamento: APROVADA

Assinatura: _____



Prof. Dra. Gilka Paiva Oliveira Costa

Julgamento: APROVADA

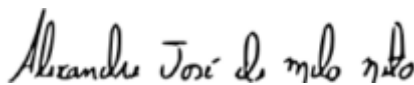
Assinatura: _____



Prof. Me. Alexandre José de Melo Neto

Julgamento: APROVADA

Assinatura: _____



AGRADECIMENTOS

A minha família, pelo apoio irremediável para chegar até esse momento.

Ao meu orientador, professor Thiago Lins, pela paciência, zelo com o meu trabalho e todas as orientações fornecidas.

A meus amigos de turma, por me apoiarem nos momentos de angústia durante o curso.

A Deus, por estar presente em tudo na minha vida.

RESUMO

O novo coronavírus (SARS CoV 2019) ganhou notoriedade após sua disseminação em dezembro de 2019. Sua doença, então chamada COVID-19 (*coronavirus disease 2019*), foi declarada pandemia em março de 2020. De fácil transmissibilidade através de gotículas das vias aéreas superiores, apresenta-se com sintomas gripais (tosse, espirro, coriza) e pode somar-se a outras manifestações como diarreia, fadiga, anosmia, disgeusia, conjuntivite, faringite, febre e erupções cutâneas. O diagnóstico inicia com suspeição clínica e epidemiológica, sendo confirmado através de testes com antígenos, anticorpos ou reação em cadeia de polimerase (PCR). Imergidos neste cenário, os pacientes portadores de câncer estão vulneráveis ao contágio e ao desfecho óbito, devido sua imunossupressão inerente. Nesse sentido, objetivamos analisar o perfil epidemiológico dos “desfecho óbito” entre portadores de câncer que obtiveram diagnóstico confirmado de COVID-19, através de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo com série de casos de portadores de câncer e COVID-19, atendidos no Hospital Napoleão Laureano, entre março de 2020 a fevereiro de 2021. Hipotetizamos que estas comorbidades síncronas resultam em alta letalidade.

Palavras – chave: covid 19; coronavírus; câncer; fator de risco; óbito

ABSTRACT

The new coronavirus (SARS CoV 2019) gained notoriety after its spread in December 2019. Its disease, then called COVID-19 (*coronavirus disease 2019*), was declared a pandemic in March 2020. It is easily transmissible through droplets in the upper airways. , presents with flu-like symptoms (cough, sneeze, runny nose) and can be added to other manifestations such as diarrhea, fatigue, anosmia, dysgeusia, conjunctivitis, pharyngitis, fever and skin rashes. The diagnosis starts with clinical and epidemiological suspicion, being confirmed through tests with antigens, antibodies or polymerase chain reaction (PCR). Immersed in this scenario, cancer patients are vulnerable to contagion and the outcome of death, due to their inherent immunosuppression. In this sense, we aim to analyze the epidemiological profile of

the "death outcome" among cancer patients who obtained a confirmed diagnosis of COVID-19, through an observational, retrospective and descriptive study with a series of cases of cancer patients and COVID-19, seen at Napoleão Laureano Hospital, between March 2020 and February 2021. We hypothesize that these synchronous comorbidities result in high lethality.

Keywords: covid 19; coronavirus; cancer; risk factor; death

SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. Síndrome gripal e o diagnóstico de COVID 19.....	8
2.1 Pacientes oncológicos e COVID 19.....	9
3. Metodologia.....	10
4. Resultados	13
5. Discussão.....	17
6. Conclusão	21
7. Referências Bibliográficas	21

1. Introdução

O coronavírus é um vírus de alta infectividade e virulência, cujas primeiras manifestações como pneumonia viral ocorreram em Wuhan, China, em dezembro de 2019 (MAZZUCCHI, E. et Al 2021). Este vírus causa a COVID-19, podendo evoluir para síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2); anteriormente conhecida como 2019-nCoV. (UZZO, R. G. ET Al 2021).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto de COVID-19 uma emergência de saúde pública de interesse mundial. Em 11 de março de 2020, o Diretor Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declarou o novo surto de coronavírus (COVID-19) como uma pandemia com mais de 118.000 casos e mais de 4.000 mortes. (UZZO, R. G. ET Al 2021).

O contágio ocorre através de gotículas aéreas durante contato humano próximo; é clinicamente caracterizada com sintomas semelhantes aos da gripe comum, incluindo febre, tosse e falta de ar, durante os primeiros 2 a 14 dias do período de incubação viral. (WESTBLADE, L.F. et Al. 2020). O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica, do exame físico e de testes específicos. (PARAÍBA, 2020). Hoje, a taxa de mortalidade da covid-19 no Brasil é de 40 pessoas a cada 100.000 habitantes. (SECRETARIA MG)

Neste contexto, o COVID-19 está impactando diretamente os pacientes com câncer (SIMCOCK R. et Al 2020). Pacientes com câncer ativo ou em remissão, demonstraram-se como um notável grupo de risco à infecção pelo SARS-CoV-2. Vários aspectos corroboram para o enquadramento dos pacientes oncológicos como um grupo de maior vulnerabilidade relacionada à infecção pelo SARS-CoV-2, com maior chance de evolução para formas graves e velocidade mais rápida de deterioração e óbito (KAWAHARA, L. T. et Al 2020). O risco parece ser maior para aqueles com câncer hematológico e de pulmão (UZZO, R. G. et Al 2021). Zhang e colegas relataram 28 casos de infecção por SARS-CoV-2 em pacientes com câncer, com letalidade de 28,6%. De uma coorte retrospectiva com 205 pacientes, os com neoplasias hematológicas tiveram prognósticos piores do que aqueles com tumores sólidos: nove (41%) de 22 pacientes com neoplasias hematológicas morreram contra

31 (17%) de 183 pacientes com tumores sólidos (razão de risco para morte 3,28 [95% CI 1,56 – 6,91]; classificação logarítmica $p = 0,0009$). (YANG, K. et Al 2020).

Apesar disto, a Secretaria de Vigilância em Saúde destaca que, até o momento, fatos e conhecimentos sobre o novo coronavírus disponíveis são limitados. As taxas de letalidade, mortalidade e transmissibilidade em pacientes oncológico são imprecisas e aguardam resultados de estudos prospectivos. (BRASIL, 2020)

2. Síndrome gripal e o diagnóstico de COVID 19

Os principais critérios diagnósticos para COVID-19 são (1) história de contato com pacientes, (2) teste de ácido nucleico positivo, (3) sintomas clínicos como febre e tosse, (4) lesões pulmonares e (5) achados laboratoriais. (RAFIEE, M. et Al 2020)

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia grave. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como uma síndrome gripal. As pessoas com COVID-19 geralmente desenvolvem sinais e sintomas, incluindo problemas respiratórios leves e febre persistente, em média de 5 a 6 dias após a infecção (período médio de incubação de 5 a 6 dias, intervalo de 1 a 14 dias). A febre é persistente, ao contrário do decurso observado nos casos de influenza. A febre pode não estar presente em alguns casos, como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou em algumas situações que possam ter utilizado medicamento antitérmico. O diagnóstico definitivo do novo coronavírus é feito com a coleta de materiais respiratórios (aspiração de vias aéreas ou indução de escarro). O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus é realizado por meio das técnicas de proteína C reativa em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. (LIMA, C.M.A.O. 2020).

Além disso, testes confirmatórios devem ser realizados para diagnósticos diferenciais, como vírus sincicial respiratório, adenovírus, influenza, parainfluenza, bem como infecções bacterianas. (RAFIEE, M. et Al 2020). Os testes sorológicos medem os anticorpos para SARS-CoV-2 e são usados principalmente para identificar pacientes que tiveram COVID-19 no passado, bem como pacientes com

infecção atual que tiveram sintomas por três a quatro semanas. (LE, L.Y.W., et al 2020).

No Brasil, os NICs (Centros Nacionais de Influenza), farão o RT-PCR em tempo real e o sequenciamento através da metagenômica nos laboratórios parceiros do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2020). A realização de coleta de amostra está indicada sempre que ocorrer a identificação de um caso suspeito de COVID-19. (BRASIL, 2020)

2.1 Pacientes oncológicos e COVID 19

Em um estudo, foram identificados subgrupos de pacientes com COVID-19 que parecem ter maior risco de morbidade e mortalidade, incluindo pacientes de idade avançada, sexo masculino e aqueles com comorbidades, como hipertensão, doença pulmonar crônica, diabetes, e câncer. (LE, L.Y.W., et al 2020)

Tratando-se o câncer de uma doença crônica com necessidade de tratamentos agressivos, os pacientes oncológicos compõem um grupo mais suscetível a infecções como a COVID-19. Conforme ressaltado por Thuler e Melo, portadores de neoplasia maligna possuem, provavelmente, maior risco de desenvolver formas mais graves da infecção. (FREITAS, R. et Al 2020)

O risco aumentado em pacientes oncológicos pode estar relacionado ao estado de imunossupressão sistêmica que pode ser atribuído tanto aos tratamentos antineoplásicos (quimioterapias e cirurgias para ressecção tumoral) como também à própria malignidade tumoral e ao mesmo tempo ao aumento de doença cardiovascular nessa população. (KAWAHARA, L. T. et Al 2020)

Todos os estudos citam a vulnerabilidade dos pacientes com câncer diagnosticados com COVID-19, com uma taxa de mortalidade de 21-30% na maioria dos estudos e um prognóstico de progresso em formas graves de enfermidade. Mesmo assim, a maioria dos pacientes evoluíram para cura, mesmo nos casos graves a evolução foi de pior prognóstico, em comparação com a população geral. (SILVA, TTM, ET AL)

Apesar do acúmulo de muitos dados, permanece incerto se os pacientes com câncer, exceto aqueles com malignidades hematológicas ou câncer de pulmão,

apresentam risco aumentado de desfecho grave de COVID-19 quando as análises são controladas para idade, a mortalidade / morbidade associada ao câncer e outras comorbidades. (UZZO, R. G. et Al 2021)

Além disso, pacientes oncológicos possuem fatores de hipercoagulabilidade elevados que dão a eles maior propensão a tromboembolismo venoso. A anemia é uma complicação comum em pacientes oncológicos, pode ser decorrente da própria neoplasia ou de tratamentos antineoplásicos e influenciada pelo estágio da doença. Impõe um efeito negativo no metabolismo e no sistema cardiovascular em virtude da diminuição dos níveis de hemoglobina e da redução da oxigenação do tecido, que pode levar a sintomas como taquicardia, dispneia, fadiga, fraqueza, redução da capacidade física e cognitiva. (MARCHON, R.M. et Al 2020)

Os pacientes com câncer são uma população vulnerável com maior letalidade por COVID-19 do que a população em geral. (YANG K. et Al 2020) Os com neoplasias hematológicas tiveram prognósticos piores do que aqueles com tumores sólidos. (LE, L.Y.W., et al 2020). Em outro estudo, os pacientes com neoplasias hematológicas ou pulmonares tiveram um curso da doença pior do que aqueles com outros tipos de câncer. (LE, L.Y.W., et al 2020)

Contudo, poucas tentativas foram feitas para definir o risco individualizado para um determinado paciente com câncer, considerando seu subtipo de tumor primário, idade e sexo, devido à escassez de evidências. (LE, L.Y.W., et Al 2020)

3. Metodologia

Trata – se de um estudo observacional, retrospectivo, de coorte com portadores de câncer e diagnóstico de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outro vírus respiratório diagnosticados durante o período de março de 2020 a fevereiro de 2021 no hospital alvo do estudo. Foi realizada a catalogação no banco de dados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Napoleão Laureano para validação dos sujeitos de pesquisa, a partir dos critérios de inclusão e de exclusão, entre os portadores de câncer e COVID-19, atendidos no período de março de 2020 a fevereiro de 2021 no hospital referência de tratamento do câncer de notificação compulsória dos testes para SARS - CoV - 2.

A informação coletada incluiu gênero, idade, tipo histológico, data dos primeiros sintomas gripais, sintomas, data do teste para COVID-19, data do resultado do teste para COVID-19, resultado do teste e tipo de teste, desfecho da evolução (recuperação ou óbito).

Os critérios de inclusão portadores de câncer com diagnóstico confirmado (CID-10); variáveis demográficas e epidemiológicas identificadas; tipo, diagnóstico, estágio e plano terapêutico registrados em prontuário; diagnóstico de síndrome gripal confirmado de COVID19; registro de acompanhamento até desfecho de evolução.

Foram excluídos do estudo dados de prontuários incompletos, ilegíveis ou imprecisos; ausência do descritivo do teste realizado; pacientes gestantes.

Nesse estudo, os pacientes compreendidos no período estavam registrados no SIVEP GRIPE e E- SUS após ter ficha preenchida no atendimento pelo corpo de funcionários e médicos responsáveis pela assistência no período pandêmico. A ficha contém as informações de que foram utilizados os testes RT – PCR Família Kit de Detecção por PCR em Tempo Real VIASURE SARS-CoV-2 com 100% especificidade e sensibilidade e sorológico IgG/IgM Lateral Flow Method com 86,5 %/99,6% de sensibilidade e especificidade. (SBMFC, 2020) O padrão ouro para diagnóstico laboratorial da COVID-19 é a reação da transcriptase reversa, seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) para amostras coletadas no trato respiratório superior ou inferior. O teste sorológico procurará a presença de anticorpos, proteínas específicas produzidas em resposta a infecções. Os anticorpos podem ser encontrados no sangue e em outros tecidos das pessoas que testaram positivas para a infecção pelo método RT-PCR. (SBAC, 2020)

A histologia obtida de registro médico é conhecida no ambiente de saúde pelos códigos da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, Terceira Edição (CID-O3) cuja legenda está a seguir: hematológica (C42 SISTEMAS HEMATOPOIÉTICO E RETICULOENDOTELIAL, C77 LINFONODOS (Gânglios Linfáticos), mama (C50), órgãos digestivos (C15-C17 ESÔFAGO, ESTÔMAGO, INTESTINO DELGADO; C22-C26 FÍGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS, VESÍCULA BILIAR, OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DAS VIAS BILIARES, PÂNCREAS), pulmão (C34 BRÔNQUIOS E PULMÕES), colorretal

(C18-C21 CÓLON, JUNÇÃO RETOSSIGMÓIDE, RETO, ÂNUS E CANAL ANAL), próstata (C61), trato urinário (C64-C68 RIM, PELVE RENAL, URETER, BEXIGA, OUTROS ÓRGÃOS URINÁRIOS E OS NÃO ESPECIFICADOS), órgãos respiratórios e intratorácicos, exceto pulmão (C30-C39 CAVIDADE NASAL E OUVIDO MÉDIO, SEIOS DA FACE, LARINGE, TRAQUÉIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES, TIMO, CORAÇÃO, MEDIASTINO E PLEURA, OUTRAS LOCALIZAÇÕES E LOCALIZAÇÕES MAL DEFINIDAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO E DOS ÓRGÃOS INTRATORÁCICOS), órgãos genitais femininos (C51-C58 VULVA, VAGINA, COLO DO ÚTERO, CORPO DO ÚTERO), tecido mole (C49 TECIDO CONJUNTIVO, SUBCUTÂNEO E OUTROS TECIDOS MOLES), lábio, cavidade oral e faringe (C00-C14 LÁBIO, BASE DA LÍNGUA, GENGIVA, ASSOALHO DA BOCA, PALATO, OUTRAS PARTES E PARTES NÃO ESPECIFICADAS DA BOCA, GL. PARÓTIDA, OUTRAS GLL. SALIVARES MAIORES, AMÍGDALA, OROFARINGE, NASOFARINGE, SEIO PERIFORME, HIPOFARINGE, OUTRAS LOC. E AS MAL DEFINIDAS DO LÁBIO CAVIDADE ORAL E FARINGE), sistema nervoso central (SNC) (C69-C72 OLHO E ANEXOS, MENINGES, ENCÉFALO, MEDULA ESPINHAL, NERVOS CRANIAIS E OUTRAS PARTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL) e osso (C40 OSSOS, ARTICULAÇÕES E CARTILAGENS ARTICULARES DOS MEMBROS).

Nesse estudo, sabe-se que é de entendimento comum que a definição de óbito por COVID-19 foi estabelecida mundialmente para as entidades responsáveis pela certificação. Uma morte devido a COVID-19 é definida para fins de vigilância como uma morte resultante de uma doença clinicamente compatível, em um caso COVID-19 provável ou confirmado, a menos que haja uma causa alternativa clara de morte que não pode ser relacionada à doença COVID (por exemplo trauma). Não deve haver período de recuperação completa do COVID-19 entre a doença e a morte. (WHO, 2020)

A amostra foi não-probabilística por conveniência segundo critérios estabelecidos no plano de enfrentamento de influenza pandêmico dos pacientes que foram atendidos de março a fevereiro de 2021 no local da pesquisa.

Todos os procedimentos de coleta de dados e métodos laboratoriais em prontuários serão seguidos de acordo com um protocolo aprovado pelo Comitê de Ética do CCM – UFPB CONEP 466/2012.

Foi dado um tratamento estatístico que deu validade ao estudo com um p de 5% e intervalo de confiança de 95% considerados nesse estudo.

4. Resultados

Entre março de 2020 e fevereiro de 2021 foram testados para COVID - 19 399 pacientes oncológicos no Hospital Napoleão Laureano dos quais 94 (23,6 %) apresentaram a doença. Houve predomínio do sexo feminino (56,4%). Compreende – se que moram principalmente na zona urbana (80,9%).

O principal tipo histológico do tumor foi os tumores hematológico C42 e C77 (34,0%), seguido por mama (16%) e pulmão (11,7%).

Segundo os dados catalogados dos exames para detecção do COVID – 19 dos pacientes oncológicos a sua grande maioria foi diagnosticado pelo exame RT-PCR (91,5%), dentre eles 22 (23,4%) foram a óbito após o diagnóstico de COVID-19. (Tabela I). Isso resulta numa estimativa de letalidade de 23,4% (com IC-95% de 14,8% - 32,0%).

Tabela I - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com neoplasias malignas e acometidos por Covid 19, atendidos no Hospital Napoleão Laureano em João Pessoa, de Março 2020 a Fevereiro de 2021.

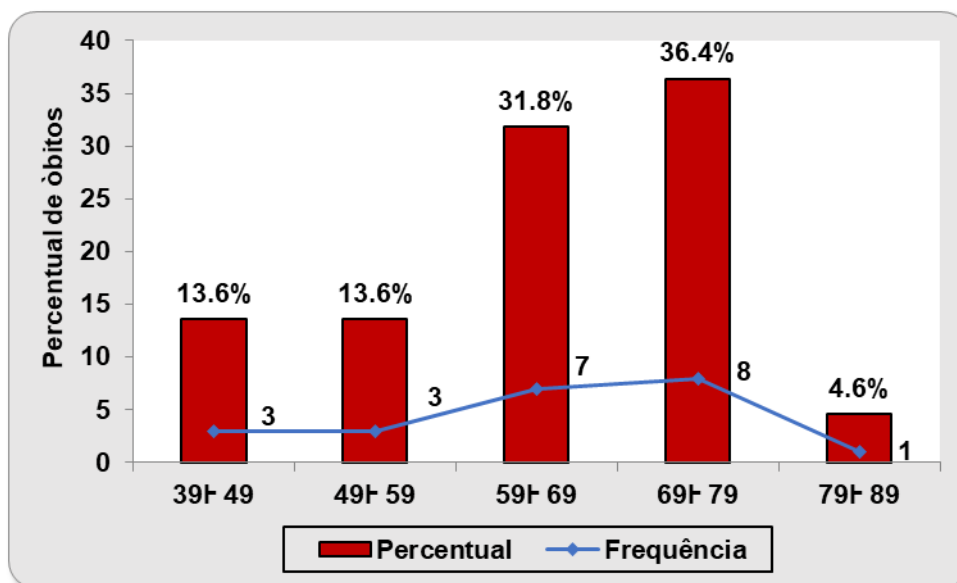
Variável	n	%
Sexo		
Masculino	41	43,6%
Feminino	53	56,4%
Faixa etária (anos)		
< 60	55	58,5%
≥ 60	39	41,5%
Tipo de habitação		
Urbana	76	80,9%
Rural	18	19,1%
Tipo histológico do tumor		
Hematológicos	32	34,0%

Mama	15	16,0%
Pulmão	11	11,7%
Colo do útero	8	8,5%
Próstata	4	4,2%
Pele	3	3,2%
Reto	3	3,2%
Esôfago	2	2,1%
Laringe	2	2,1%
Orofaringe	2	2,1%
Osso	2	2,1%
Pâncreas	2	2,1%
Cérebro	1	1,1%
Duodeno	1	1,1%
Fígado	1	1,1%
Mediastino	1	1,1%
Pênis	1	1,1%
Rim	1	1,1%
Tecidos moles	1	1,1%
Vesícula biliar	1	1,1%
Desfecho		
Óbito	22	23,4%
Sobrevida	72	76,6%
Tipo de exame		
RT-PCR	86	91,5%
Teste rápido + RT-PCR	8	8,5%
Tipo de tratamento		
Quimioterapia	50	53,2%
Seguimento	44	46,8%
Total	94	100,0%

Fonte: Pesquisa, 2021.

A mortalidade no período estudado apresenta – se com faixa etária predominante (Figura I) entre 69-79 anos (36,4%) e média de idade de 54 ± 19 anos (com média de 54 ± 22 para homens e $53,8 \pm 16$ para mulheres).

Figura I – Percentual e número de pacientes que foram a óbito, estratificados por faixa etária, com neoplasias malignas, acometidos por Covid 19, atendidos no Hospital Napoleão Laureano em João Pessoa, de Março 2020 a Fevereiro de 2021. n=22.



O Odds Ratio (razão de chances) foi calculado para avaliar quais fatores influenciaram na mortalidade por Covid 19 entre os pacientes do estudo. Ele é relativo aos principais fatores considerados de risco com seus Intervalos de Confiança IC – 95%.

Após a análise individual dos fatores associados à letalidade por Covid 19, apenas a faixa etária se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,03$). Onde quanto mais novos os pacientes, menor risco de óbito por Covid 19. Essa redução pode chegar a 70% nos pacientes com menos de 60 anos em comparação aos maiores de 60 anos (Tabela II). O fator tipo histológico foi analisado comparando os tumores hematológicos com os tumores de pulmão e os tumores de pulmão com os demais tumores sólidos, porém, nenhuma das análises mostrou diferença significativa.

Tabela II - Distribuição dos principais fatores sociodemográficos e clínicos associados à mortalidade por Covid 19 em pacientes com neoplasias malignas atendidos no Hospital Napoleão Laureano em João Pessoa, de Março 2020 a Fevereiro de 2021. Óbitos ($n=22$) e Não óbito ($n=72$).

		Mortalidade por Covid 19			
Variáveis	n (%)		p-valor	Odds Ratio	IC 95%
	Óbito	Não óbito			
Sexo					
Masculino	10 (45,5)	31 (43,1)	0,96	1,10	0,42-2,88
Feminino	12 (54,5)	41 (56,9)			
Faixa etária					
< 60	8 (36,4)	47 (65,3)	0,03 ^a	0,30	0,11-0,82
≥ 60	14 (63,6)	25 (34,7)			

Variáveis	Mortalidade por Covid 19		p-valor	Odds Ratio	IC 95%
	n (%)				
	Óbito	Não óbito			
Tipo de habitação					
Urbana	20 (90,9)	56 (77,8)	0,29	2,86	0,60-13,54
Rural	2 (9,1)	16 (22,2)			
Tipo histológico do tumor*					
Hematológico C42, C77	8 (36,4)	25 (34,7)	0,70	0,56	0,13-2,42
Pulmão C34	4 (18,2)	7 (9,7)			
Outros Tumores sólidos	10 (45,4)	40 (55,6)	0,44	2,29	0,56-9,37
Tipo de exame					
RT-PCR	18 (81,8)	68 (94,4)	0,16	0,26	0,06-1,16
Teste rápido + RT-PCR	4 (18,2)	4 (5,6)			
Tipo de Tratamento					
Quimioterapia	14 (63,6)	36 (50)	0,38	1,75	0,65-4,68
Seguimento	8 (36,3)	36 (50)			

Fonte: Pesquisa, 2021. ^a Resultado significativo com $p < 0,05$.

Foi também utilizado o modelo de regressão logístico múltiplo, para verificar a associação entre as variáveis com o desfecho óbito e suas interações (Tabela III).

Tabela III - Modelo de regressão logística (1) com as principais variáveis sociodemográficas e clínicas dos pacientes que foram a óbito com neoplasias malignas atendidos no Hospital Napoleão Laureano em João Pessoa, de Março 2020 a Fevereiro de 2021. Óbitos (n=22) e Não óbito (n=72).

Variáveis	Coeficiente de regressão B	Erro padrão	p-valor	Odds Ratio	IC 95% - Odds	
					Inferior	Superior
Sexo	0,05	0,54	0,92	1,05	0,37	3,02
Faixa etária	1,18	0,54	0,03 ^a	3,27	1,13	9,47
Habitação (Zonas)	0,99	0,85	0,25	2,68	0,50	14,30
Tipo histológico	0,45	0,77	0,56	1,57	0,35	7,15
Tipo de exame	1,96	0,91	0,03 ^a	7,13	1,19	42,60
Tipo de tratamento	-0,79	0,58	0,17	0,45	0,15	1,40

Fonte: Pesquisa, 2021. ^a Associação significativa com $p < 0,05$.

Nesse modelo de regressão logística, onde foi analisada a associação dos fatores com o desfecho e também a interação entre eles, observa-se que a faixa etária, bem como o tipo de exame usado para diagnosticar os pacientes, se

mostraram como fatores de proteção significativos, embora o tipo de exame embora o tipo de exame tenha uma variação muito grande no intervalo de confiança (IC-95%). Por isso foi proposto um novo modelo de regressão logística para avaliar esses dois fatores (Tabela IV).

O tipo histológico não se mostrou um fator de risco significativo quando comparados tumores de pulmão em relação aos demais, nem quando comparados tumores hematológicos em relação aos outros, nem câncer de mama (segundo mais incidente) contra os demais.

Tabela IV - Modelo de regressão logística (2) com as variáveis significativas no 1ª modelo para os pacientes com neoplasias malignas atendidos no HNL em João Pessoa, de Março 2020 a Fevereiro de 2021.

Variáveis	Coeficiente de regressão B	Erro padrão	p-valor	Odds Ratio	IC 95% - Odds	
					Inferior	Superior
Faixa etária	-1,28	0,53	0,02 ^a	0,28	0,10	0,78
Tipo de exame	-1,51	0,80	0,06	0,22	0,05	1,06

Fonte: Pesquisa, 2019. ^a Associação significativa com $p < 0,05$.

No modelo de regressão logística atual (modelo 2), verificando a associação dos fatores: faixa etária (menor e maior que 60 anos) e tipo de exame usado para diagnóstico da Covid (RT-PCR X Teste rápido + RT-PCR), apenas a faixa etária se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,02$). Indicando que quanto mais velhos os pacientes oncológicos maior o risco de óbito por Covid 19, principalmente acima dos 60 anos (OR=3,58).

5. Discussão

O presente estudo trata – se de uma abordagem observacional demonstrativa de pacientes oncológicos testados para Covid 19. Aqui tem descritos aqueles que foram os primeiros acometidos pela pandemia, visto ser um estudo de recorte do início dos casos de Covid no país, até casos mais recentes da publicação desse estudo.

O Hospital Napoleão Laureano não é hospital de referência para tratamento de pacientes com Covid, porém obedecendo o Plano de Contingência para os estabelecimentos de saúde, que foi criado pela Comissão de Combate e Prevenção ao Novo Coronavírus do próprio hospital, medidas devem ser tomadas para evitar a disseminação do vírus. Essas medidas visam garantir o acesso à informação necessária para impedir que o vírus se dissemine na existência de algum caso suspeito ou confirmado no HNL.

Houve testagem de alguns pacientes, os de pré – operatório e os que realizariam exames também, pois o hospital atendia os pacientes após eles passarem por uma triagem e, assim, dividia os pacientes entre emergência respiratória e não – respiratória. Aqueles que estavam com indicação de internamento por outra causa que não a síndrome gripal, permaneciam na emergência respiratória com o acompanhante. Seriam coletados swab pelos técnicos de laboratório para os pacientes com SRAG, definido como indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente da internação.(HNL) Na emergência respiratória é oferecido suporte adequado ao paciente até a transferência para um hospital referência para Covid 19, sendo cinco hospitais públicos (Prontovida, Santa Isabel, Clementino Fraga, Metropolitano e Hospital Universitário Lauro Wanderley) e dois privados (Unimed e Nossa Senhora das Neves). O mesmo é feito com pacientes internados que apresentem quadro respiratório e se enquadrem como caso suspeito.

Os pacientes transferidos do HNL não tiveram notificação de desfecho para esse hospital e foram apenas notificados para Covid 19, pois não tiveram acompanhamento da sua evolução e, por isso, não foram a óbito para a nossa análise estatística. A maior parte dos pacientes teve condições de serem liberados para casa e orientados a fazer hidratação, boa alimentação e repouso, se necessário, sintomáticos. Esses pacientes eram os com síndrome gripal, indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias. HNL Eles foram testados para Covid e serviram de estatística para o Sistema de Controle de Infecção Hospitalar e para as autoridades sanitárias, e, inclusive foram a maioria no estudo. Os pacientes com

desfecho primário óbito, foram os pacientes muito graves que não tiveram condições de serem transferidos e aqueles que estavam em tratamento de quimioterapia ou internados no HNL.

Houve aumento crescente das razões de mortalidade padronizadas a cada mês analisado do ano de 2020, nos locais onde se constatou aumento na mortalidade, se comparado aos mesmos meses do ano anterior. Este aumento coincidiu com o crescimento da epidemia de COVID-19 no país. A comparação feita entre as razões de mortalidade padronizadas para os estados, separando-se capitais dos demais municípios, permite observar uma grande variação regional com uma magnitude maior nas capitais e maior excesso entre homens nos meses de março a maio de 2020. (AZEVEDO E SILVA, G., ET AL., 2020)

Foi demonstrado que o vírus acomete mais pessoas da área urbana. Além disso, acreditamos que a maioria das transmissões de SARS-CoV-2 em nossa população veio da comunidade, não do ambiente de saúde. (FERRARI, B. L. ET AL

Na crise COVID-19, os pacientes com câncer são considerados como grupo altamente vulnerável. Uma investigação recente de 18 pacientes que haviam sido previamente diagnosticados com câncer, de uma coorte nacional de casos COVID-19, descobriu que os pacientes com câncer tinham um risco maior de eventos clínicos graves do que aqueles sem câncer. A letalidade atingiu 5,6% entre os pacientes com câncer em comparação com 2,3% na população geral. (ZHANG, L., ET AL., 2020) Confirmamos essa afirmativa entre os pacientes oncológicos previamente diagnosticados com câncer e com infecção por SARS-CoV-2 confirmada em laboratório que são alvo do estudo. Swabs nasais e/ou faríngeos foram coletados e testados para RNA de SARS-CoV-2 com ensaio RT-PCR, ou sorologia, no início da pandemia.

Os autores Zhang e colaboradores evidenciaram que no presente estudo não houve correlação entre o uso recente de terapias (quimioterapia, radioterapia e imunoterapia) e aumento de severidade de quadro clínico e/ou óbito. O mesmo foi visto aqui.

Embora a COVID-19 seja menos letal do que a SARS, ela tem um poder de transmissibilidade maior e afeta principalmente indivíduos idosos, homens e aqueles com comorbidades. Se comparado ao vírus da influenza, no entanto, a SARS-CoV-2, além de mais transmissível, sua letalidade de, aproximadamente, 1,4%, é 14

vezes maior. Na China, a razão geral de casos fatais foi 1,38% (1,23–1,53), com maiores proporções em grupos mais idosos (após 60 anos: 6,4%, IC 95%: 5,7–7,2; e após 80 anos: 13,4%, IC 95%: 11,2–15,9). (AZEVEDO E SILVA, G., ET AL, 2020) Diferentemente desse estudo, contudo, a letalidade não teve relação com a variável prognóstica sexo. A idade mostrou ser um fator protetor, quanto mais jovem, menor a observância de óbitos entre os pacientes com câncer. Mas, a relação comorbidades não pode ser analisada no momento. E a taxa de letalidade superou o esperado localmente e mundialmente.

É importante notar que os pacientes com câncer hematológico parecem estar superrepresentados como a terceira malignidade mais frequente no estudo de Ferrari, et al (16%), o que é muito maior do que a frequência observada em populações regulares de câncer, incluindo Oncoclínicas, onde representam, 10% de todas as visitas de pacientes anualmente. Esse achado reforça o conhecimento prévio da maior suscetibilidade de pacientes com câncer hematológico a infecções. Encontramos como tipo histológico mais frequente o câncer hematológico.

No contexto pandêmico, fica evidente que as informações são de circulação mundial, visto a pandemia ser de interesse de todos, mas principalmente dos profissionais da área médica, a mídia social teve papel fundamental para que haja difusão dessas informações. A produção de ideias em meio a conjectura de incongruência acerca das atitudes a serem tomadas diante de um caso novo ou mesmo da etiqueta respiratória difundida, urge desses profissionais a necessidade de encontros virtuais e acesso a estudos que são divulgados nos meios eletrônicos. Segundo pesquisa, os profissionais têm gastado em média 1 h por dia em mídias sociais com fins de assimilar conteúdos profissionais. Um total de 77,6% dos respondentes (n¼697) gostaram da modalidade virtual, mas 59,1% (n¼531) ainda preferiram as reuniões presenciais e 59,7% (n¼565) sugeriram a adoção de um modelo híbrido para reuniões oncológicas (parte presencial e parte virtual) no futuro. (MORGAN, G., ET AL., 2020) Na prática, essas reuniões ocorrem para todos os profissionais em trabalho remoto, por exemplo, mas para a área oncológica fica estimado a importância que estão sendo as reuniões que são cada vez mais vistas a se perpetuarem na prática diária desses profissionais. As mídias sociais na oncologia são empregadas no trabalho de enfermeiros a advogados e pacientes, o que afeta de maneiras diversas cada indivíduo. Com relação aos pacientes, essa

não foi considerada a melhor forma de acompanhar o estado de saúde de um paciente. A presença do médico à beira do leito mesmo em um contexto diverso é necessário para a boa prática médica.

6. Conclusão

Neste estudo vemos que alguns pacientes com câncer sofrem um risco maior de morte se afetados pelo COVID-19. As taxas de mortalidade foram consideravelmente altas. Percebemos que os pacientes de maior idade tem mais riscos de evoluírem a óbito. Além disso, ser paciente com câncer é um fator adicional para adoecimento e agravamento da doença por Covid 19.

A participação de pesquisadores e profissionais da área oncológica no arrefecimento de ideias que distam da manutenção e perpetuação do cuidado aos pacientes oncológicos é contínua, pois o equilíbrio em meio aos temores atuais é a solução engendrada pela sociedade oncológica a fim de manter os tratamentos em tempos de Covid.

7. Referências Bibliográficas

MAZZUCCHI, E. et Al The impact of COVID-19 in medical practice. A review focused on Urology. 2021.

UZZO, R. G. et Al Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Risks for infection, clinical presentation, testing, and approach to infected patients with câncer. UpToDate. 2021

ZHANG, L., ET AL. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. Annals of Oncology. Vol. 31. 26 de março de 2020. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.296>

WESTBLADE, L.F. et Al. SARS-CoV-2 Viral Load Predicts Mortality in Patients with and Without Cancer Who Are Hospitalized with COVID-19. 2020.

Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID-19). Secretaria de Estado da Saúde, Gerência Executiva de Vigilância em Saúde–Paraíba: Secretaria de Estado da Saúde, 2020.

Taxa de mortalidade da covid-19: entenda esse conceito!
<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/81-taxa-de-mortalidade-da-covid-194>

SIMCOCK R. et Al COVID-19: Global radiation oncology's targeted response for pandemic preparedness. 2020.

KAWAHARA, L. T. et Al Câncer e Doenças Cardiovasculares na Pandemia de COVID-19. Arq. Bras. Cardiol. vol.115 no.3 São Paulo Sept. 2020 Epub Oct 02, 2020

YANG K. et Al Clinical characteristics, outcomes, and risk factors for mortality in patients with cancer and COVID-19 in Hubei, China: a multicentre, retrospective, cohort study. 2020.

Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. COE 1. Jan. 2020

RAFIEE, M. et Al A Review on Applicable and Available Paraclinical Methods for Diagnosis of Coronavirus Disease-19. 2020.

LIMA, C.M.A.O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). Radiol Bras vol.53 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2020 Epub Apr 17, 2020

LE, L.Y.W., et Al COVID-19 prevalence and mortality in patients with cancer and the effect of primary tumour subtype and patient demographics: a prospective cohort study. 2020.

FREITAS, R. et Al Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer Avançado e Covid-19. 2020

SILVA, TTM, ET AL. IMPACTO DA COVID-19 EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: *SCOPING REVIEW*. Seção Especial COVID-. Texto contexto - enferm. 30/2021. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0415>

MARCHON, R.M. et Al. Cuidados da Fisioterapia no Paciente Oncológico com Covid-19. Revista Brasileira de Cancerologia 2020.

Acurácia dos Testes diagnósticos registrados para a covid-19. SBMFC. Abril/2020. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde-SCTIE

Métodos laboratoriais para diagnóstico da COVID-19. Covid 19 Informes técnicos. 25 de março de 2020. SBAC.

World Health Organization. (2020). Medical certification, ICD mortality coding, and reporting mortality associated with COVID-19: technical note, 7 June 2020. World Health Organization.

Plano local de contingência para a infecção humana pelo novo coronavírus (Revisado em 04/11/2020). Comissão de combate e prevenção ao novo coronavírus. Hospital Napoleão Laureano.

AZEVEDO E SILVA, G., ET AL. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. Ciênc. saúde coletiva 25 (9) 28. Ago 2020 Set 2020

FERRARI, B. L. et Al. Determinants of COVID-19 Mortality in Patients With Cancer From a Community Oncology Practice in Brazil. JCO Global Oncol. | 7:46-5. 2021 by American Society of Clinical Oncology

MORGAN, G., ET AL. Impact of COVID – 19 on social media as perceived by the oncology community: results from a survey in collaboration with the European Society for Medical Oncology (ESMO) and the OncoAlert Network. ESMO OPEN – CANCER HORIZONS. Vol. 6. 2 de abril de 2021. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100104>.

Instructions for Authors

BRAZILIAN JOURNAL OF ONCOLOGY

Front page

Presentation of the title of the work in English, as well as the abstract and keywords.

Abstract

The abstract should appear on the second page. The abstract of original works should be structured in sections such as Objective, Methods, Results and Conclusion. It should be approximately 300 words long.

The abstract should provide a general idea of the work, with only relevant information. A brief description of the methods used and the statistical analysis performed should be included. The most relevant numerical results have to be presented, not just an indication of statistical significance. The conclusions should be based on the results of the work and not on the literature. Avoid using abbreviations and symbols. Bibliographic references should not be cited in the abstract.

On the same page of the abstract, cite at least five words or key expressions. They will be used for indexing in national and international databases. These words should be based on the Medical Subject Headings (MeSH) of the National Library of Medicine and are available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Still on the same page, below the abstract, there should be an indication of the registration number and/or identification for the randomized controlled trials and clinical trials.

In Case Reports, Reviews and Update Articles, the abstract should not be structured and should be limited to 150 words. In systematic reviews, the abstract should follow the same pattern as the original articles.

Introduction

This section should present the current situation about the topic under study, as well as disagreements and gaps that may possibly justify the development of the work. This should all be done without extensive literature review.

Case Reports should present a summary of the cases already published, epidemiology of the reported condition and a justification for the presentation as an isolated case. The objectives of the work have to be clearly presented.

Methods

Start this section by indicating the planning of the work: if retrospective or prospective; if experimental or clinical trial; if the distribution of cases was random or not. Describe the criteria for selection of patients or experimental group, including controls. Identify the

equipment and reagents used (manufacturer, city and country). If the methodology has been used before, the references have to be indicated in addition to the brief description of the method. The statistical methods applied should also be mentioned, as well as the comparisons for which each test was applied.

Papers that aim to investigate the effectiveness or tolerability of treatments or drugs should necessarily include an adequate control group. For additional information on how such works should be structured, see ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (https://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E10/Step4/E10_Guideline.pdf).

Results

The text, the tables and the figures should present the results in logical sequence. State the results relevant to the purpose of the work and which are discussed. Do not present all the data of the tables and figures, but describe and emphasize the most relevant, without interpreting them (see Tables). In Case Reports, the Methods and Results sections are replaced by a Case Description and the other sections remain.

Discussion

The original and the new information obtained in the study should be emphasized. Do not repeat information that was mentioned in the "Introduction" and "Results" sections. Avoid citing tables and figures. Highlight the applicability of the research methods. The authors should compare and relate their observations to those of other authors, commenting and explaining the differences. The implications of the findings, as well as their limitations should be explained in this section, accompanied by recommendations.

For Case Reports, base the discussion on a broad and updated literature review. Information on already published cases can be tabulated and displayed in this section for comparisons.

Acknowledgments

The acknowledgments have to be directed to people who have collaborated intellectually for the work, although the contribution does not justify co-authoring, and also or for those who have provided material or other kind of support for the development of the paper.

References

All authors and works mentioned in the text should be included in this section and vice versa (it should only cite authors that appear in the text). References should be numbered in order of entry in the text. The most relevant references for each contextualization should be cited, giving preference to the most recent works.

The titles in two languages should be preferentially quoted in the original language of the consulted article. The title cited in English should be in brackets and should contain, at the end of the reference, the information of the language in which the article is written.

If citing articles not yet published, but accepted for publication, the reference should be accompanied by the expression: "accepted and awaiting publication", indicating periodical, volume and year. Studies that were accepted by online journals, with no indication of fascicles and pages, should be cited as "ahead of print".

Other authors' publications (self-citation) should be used only if there is a real need and relation to the topic. If this is the case, only original papers released in regular periodicals should be included among the references.

The authors are responsible for the accuracy of the data contained in the bibliographic references.

In all references, cite the authors until the sixth name. If there are more than six authors, cite the first six, followed by the expression et al., According to the following models:

Examples of references

Magazine articles

Mohty M, Malard F, Abecassis M, Aerts E, Alaskar AS, AljurfM, et al. Revised diagnosis and severity criteria for sinusoidal obstruction syndrome/veno-occlusive disease in adult patients: a new classification from the European Society for Blood and Marrow Transplantation. *Bone Marrow Transplant.* 2016;51(7):906-12.
Wang YF, Jiang YM, Gao J, Zhou P, Zhang G. [Prognostic value of bone marrow hematogones in childhood B-lineage acute lymphoblastic leukemia]. *Zhongguo Dang Dai ErKeZaZhi.* 2016;18(4):292-6. Chinese.

Books

Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

Book chapters

Aigner KR, Stephens FO. Basics of oncology. Berlin: Springer; 2009. Signs of cancer: local and general. p.55-8. 5

Monograph or e-books

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available at: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Presentation Of The Tables

The tables should be presented on separate pages, with double spacing and preferably Arial font 8. Numbering should be sequential, in Arabic numerals, in the order they were cited in the text. All tables must have a title and all columns of the table must be identified with a heading. The information of the caption should allow the reader to understand the contents of

the tables and figures even without reading the text of the paper. Horizontal lines should be simple and limited to two at the top and one at the end of the table. Do not use vertical lines. Do not use table creation functions, justification commands, decimal or centralized tabs. Use tab commands rather than spacing to separate the columns and the enter key for a new row. At the bottom of the table, caption should be included for abbreviations and statistical tests used.

Figures (Graphics and illustrations)

Figures should be presented in separate pages and numbered sequentially, in Arabic numerals, according to the order they are found in the text. All figures must have proper graphic quality and be accompanied by caption and title. To avoid problems that could compromise the standards of the journal, the scanning process must follow these parameters: for graphics or layouts use 300 dpi/bitmap for dash; for illustrations and photos (black and white) use 300 dpi/RGB or grayscale. In all cases (graphics, drawings, and layouts), files must have the extensions .tif, .png, and/or .jpg. For other documents, files with a .pdf extension are also accepted. A maximum of five figures are accepted. If the figures have been published before, the written authorization of the author/publisher and the source should be included in the caption.

Captions

The captions accompanying the respective figures (graphics, photographs and illustrations) should be typed with double space and numbered in Arabic numerals, corresponding to each figure and according to the order they appear in the paper.

Abbreviations and Acronyms

If the article uses abbreviations and acronyms insert, at the beginning of the article, a table that gather all the abbreviations and acronyms with two columns: 1) abbreviation or acronym; 2) full name. It should be sorted by abbreviation.

When long expressions need to be repeated, it is recommended that their initials in capital letters replace them after the first mention. This should be followed by the initials in parentheses. All abbreviations in tables and figures should be defined in the table note or figure caption.

Abbreviations and acronyms should not be used in the title of the articles nor in the abstract

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EVOLUÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID 19 EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

Pesquisador: Thiago Lins da Costa Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44750821.1.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.682.915

Apresentação do Projeto:

A pesquisa de TCC intitulada “Evolução de pacientes oncológicos com diagnóstico confirmado de covid-19 em centro de referência de alta complexidade em oncologia”, desenvolvido pela aluna Wilka Valente Acioli Cartaxo sob orientação do Prof. Thiago Lins da Costa Almeida (DPOG/CCM/UFPB). O presente trabalho busca analisar os casos de pacientes com câncer que tiveram teste positivo para COVID-19 e evoluíram para óbito. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo com série de casos de portadores de câncer e diagnóstico de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outro vírus respiratório diagnosticados durante o período de março de 2020 a fevereiro de 2021 no Hospital Napoleão Laureano. Será realizada a catalogação no banco de dados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do referido serviço de saúde para validação dos sujeitos de pesquisa, a partir dos critérios de inclusão e de exclusão descritos no projeto. Será feita análise descritiva e qualitativa dos dados (frequência absoluta e relativa em porcentagem) e ODDS ratio com intervalo de confiança de 95%. Será utilizado software Excel Office 365 para análise de frequências, prevalências, riscos e letalidade. Se factível, utilizaremos o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 para Windows, para estatística descritiva e inferencial.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Continuação do Parecer: 4.682.915

Analisar os casos de pacientes com câncer que tiveram teste positivo para COVID-19 e evoluíram para óbito.

Específicos

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos atendidos com síndrome gripal que fizeram o teste para COVID19 no Hospital Napoleão Laureano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O prontuário é o principal meio de informação e registro dos dados de saúde do paciente. É uma ferramenta essencial. Colabora para o ensino e pesquisa em medicina. Na pesquisa em prontuários será preservada a identidade do paciente, pois será requerido apenas o número de prontuário para acesso aos prontuários. Através de banco de dados podemos solicitar a expedição dos prontuários para dar início à pesquisa documental. Há risco de o nome ser visto durante a manipulação do prontuário. Será utilizado para registro apenas notebook, equipamento este que não reprografa os dados contidos no prontuário. Com vista a fins científicos, os riscos são mínimos, pois está restrito a não confidencialidade do nome, uma vez que o pesquisador pode, por motivo ocasional, durante a revista do prontuário deparar – se com a identidade nominal do paciente, mas ela não será associada a qualquer registro ou divulgação, seja verbal ou escrita, visto os fins da pesquisa a serem atendidos no ato da busca documental.

Benefícios:

Como benefícios esperados à sociedade, podemos identificar características de prognóstico e fatores preditivos de evolução favorável que poderão ser replicados na condução de novos casos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tamanho da amostra será de 399 casos atendidos no hospital analisado, através do acesso a banco de dados e prontuário para coleta de dados sobre a relação entre o diagnóstico de câncer e COVID-19 e, por ser pesquisa documental, com identificação pelo número do prontuário, o pesquisador responsável pede, formalmente, dispensa de TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos de apresentação obrigatória foram anexados:

Folha de Rosto (assinada pelo pesquisador responsável e instituição proponente);

Projeto completo;

Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (assinado pelo

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Continuação do Parecer: 4.682.915

pesquisador);

Declaração com a identificação do responsável pela administração do serviço citado na carta de anuência;

Carta-Resposta às pendências;

Carta de anuência do HNL (assinada pelo administrador responsável do local);

PB informações básicas.

Recomendações:

RECOMENDAÇÕES ADICIONAIS:

- Manter a metodologia aprovada pelo CEP/CCM/UFPB;
- Apresentar os relatórios parcial e final, via Plataforma Brasil, no ícone notificações;
- Informar ao CEP/CCM/UFPB, por meio de Emenda/Notificação a inclusão de novos membros/equipe de pesquisa, via plataforma Brasil;
- Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o (a) pesquisador (a) responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o (a) pesquisador (a) atendeu adequadamente às recomendações feitas por este Colegiado em parecer anterior a este e que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica por estar em consonância com as diretrizes contidas na Resolução Nº 466/2012, do CNS/MS, o presente protocolo encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas- CEP/CCM, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466 de 2012 e na Norma Operacional Nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 4.682.915

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1717076.pdf	30/03/2021 16:50:22		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	1617051997870.pdf	30/03/2021 16:46:22	Thiago Lins da Costa Almeida	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA S.doc	30/03/2021 16:44:30	Thiago Lins da Costa Almeida	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/03/2021 18:09:23	Thiago Lins da Costa Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Documento.doc	15/03/2021 18:07:02	Thiago Lins da Costa Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Mortes_Covid19_Cancer.doc	15/03/2021 17:58:11	Thiago Lins da Costa Almeida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_aceite_HNL.PDF	14/03/2021 20:17:19	Thiago Lins da Costa Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 30 de Abril de 2021

Assinado por:
Cristina Wide Pissetti
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br