

**ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA PÚBLICA E
PRIVADA EM SÃO LUÍS - MARANHÃO:**
vivências médicas durante a pandemia de covid-19

**SÃO LUÍS – MA
MARÇO – 2026**

JÉSSICA MENDES COSTA DE FREITAS SANTOS

**ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA PÚBLICA E PRIVADA EM SÃO LUÍS -
MARANHÃO: vivências médicas durante a pandemia de covid-19**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

SÃO LUÍS – MA

MARÇO – 2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Mendes Costa de Freitas Santos, Jéssica.

ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA PÚBLICA E PRIVADA EM SÃO
LUÍS - MARANHÃO : vivências médicas durante a pandemia de
covid-19 / Jéssica Mendes Costa de Freitas Santos. - 2026.
150 p.

Orientador(a): Maria Teresa Seabra Soares de Britto e
Alves.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
2026.

1. Neoplasias da Mama. 2. Covid-19. 3. Desigualdades
de Saúde. 4. Sistemas de Saúde. 5. Saúde Digital. I.
Seabra Soares de Britto e Alves, Maria Teresa. II. Título.

**ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA PÚBLICA E PRIVADA EM SÃO LUÍS -
MARANHÃO: vivências médicas durante a pandemia de covid-19**

Jéssica Mendes Costa de Freitas Santos

Tese aprovada em 29 de abril de 2026 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Orientadora

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Cristina Maria Douat Loyola
Examinadora externa

Programa de Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde
Universidade CEUMA

Prof. Dr. Gyl Eanes Barros Silva
Examinador externo

Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Poliana Soares de Oliveira
Examinadora interna

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho
Examinadora interna

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

À minha mãe,
quem primeiro sonhou esta tese.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal do Maranhão, instituição que me acolheu desde a graduação e onde tive a oportunidade de vivenciar diferentes experiências formativas, como a iniciação científica, atividades de extensão, a participação em ligas acadêmicas e a pós-graduação, percorrendo o caminho do mestrado ao doutorado.

À minha orientadora, Profa. Teresa, pelo apoio que muitas vezes ultrapassa as palavras: pela generosidade, compreensão, incentivo constante e pelo carinho com que conduz seus orientandos.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela dedicação à formação acadêmica e pelo ambiente de aprendizado que inspira e amplia horizontes. Aos meus colegas do programa, das turmas de mestrado e doutorado, pela convivência, trocas e pelo companheirismo ao longo desta trajetória.

À minha família, pelo apoio incondicional. Em especial, aos meus pais, pelo exemplo e incentivo permanente, e à minha sobrinha, Maitê de Maria, cuja existência sempre me inspira a buscar ser uma pessoa melhor. Ao meu esposo, Wendel, pela compreensão, parceria e por caminhar ao meu lado em todos os momentos.

Aos amigos, que compreenderam minhas ausências durante esse percurso e apoiaram meus sonhos, mesmo muitas vezes não entendendo os termos técnicos envolvidos.

Aos médicos que gentilmente participaram desta pesquisa e compartilharam suas experiências, tornando este estudo possível. E às minhas pacientes, que diariamente me lembram do sentido mais profundo do cuidado em saúde e que, de muitas maneiras, também inspiraram a realização desta tese.

Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.

Manoel de Barros

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Fatores de risco para câncer de mama.....	12
Quadro 2	Uso da imunohistoquímica na classificação molecular do câncer de mama.....	14
Quadro 3	Estadiamento TNM do câncer de mama.....	15
Quadro 4	Grupamento de estágios do câncer de mama.....	16
Figura 1	Diferenças anatômicas do CDIS e CINE.....	13
Figura 2	Linha do tempo de principais marcos da pandemia de covid-19 no Maranhão.....	29
Figura 3	Linhas do tempo para óbitos por covid-19 nos estados brasileiros, representando as semanas epidemiológicas por linhas de calor.....	30

LISTA DE SIGLAS

ACS	<i>American Cancer Society</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
EPI	Equipamento de proteção individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FAD	Fundação Antonio Dino
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GLOBOCAN	<i>Global Cancer Observatory</i>
HCAB	Hospital do Câncer Aldenora Bello
HER-2	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Plano Nacional de Imunizações
PGSC	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SRGA	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM-1	Trastuzumabe Emtansina
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

WHO	<i>World Health Organization</i>
RE	Receptor de Estrogênio
RP	Receptor de Progesterona

SANTOS, Jéssica Mendes Costa de Freitas. Assistência oncológica mamária pública e privada em São Luís - Maranhão: vivências médicas durante a pandemia de covid-19. 2026, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 150p.

RESUMO

A pandemia de covid-19 produziu repercussões profundas na assistência oncológica mamária no Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Esta tese teve como objetivo analisar, sob a perspectiva de médicos especialistas, os impactos da pandemia na organização do cuidado e nas práticas clínicas relativas ao câncer de mama em São Luís, Maranhão, com ênfase nas desigualdades entre os setores e nas mudanças geradas pela mediação tecnológica. O estudo parte da hipótese de que crises sanitárias podem agravar disparidades já existentes e reconfigurar rotinas e sentidos do cuidado em saúde, especialmente em contextos marcados pela histórica segmentação do sistema de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em 18 entrevistas semiestruturadas com médicos especialistas no cuidado do câncer de mama, atuantes nos setores público e privado durante e após a pandemia. A análise dos dados seguiu os procedimentos da análise de conteúdo (Bardin), orientada por categorias temáticas relacionadas à cronologia da pandemia e às transformações decorrentes da virtualização do cuidado. Os resultados da pesquisa são compostos por dois artigos. O primeiro analisa as experiências dos profissionais ao longo das diferentes fases da pandemia, revelando impactos organizacionais, emocionais e estruturais no sistema de saúde. O segundo discute os efeitos da mediação digital — como telessaúde, redes sociais e plataformas digitais — sobre a prática oncológica, evidenciando tanto inovações quanto tensões éticas, técnicas e comunicacionais. Os achados indicam que, embora tenham ocorrido adaptações institucionais importantes, desigualdades históricas se aprofundaram, e a mediação tecnológica, longe de ser neutra, produziu novas formas de exclusão e sobrecarga. Conclui-se que a pandemia atuou como catalisador de mudanças nos modos de cuidar, comunicar e organizar o trabalho em saúde, cujos efeitos ainda demandam análise crítica e formulação de políticas públicas orientadas pela equidade. A tese contribui para o campo da Saúde Coletiva ao integrar análise estrutural, escuta sensível e reflexão ética sobre o cuidado oncológico em tempos de crise.

Palavras-chave: Neoplasias da mama; COVID-19; Desigualdades de Saúde; Sistemas de Saúde; Saúde Digital.

SANTOS, Jéssica Mendes Costa de Freitas. *Public and private breast cancer care in São Luís, Maranhão: physicians' experiences during the covid-19 pandemic*. 2026. Doctoral Thesis (PhD in Collective Health) – Graduate Program in Collective Health, Federal University of Maranhão, São Luís, 150 p.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic produced profound repercussions on breast cancer care in Brazil, affecting both the public and private health sectors. This thesis aimed to analyze, from the perspective of specialist physicians, the impacts of the pandemic on the organization of care and on clinical practices related to breast cancer in São Luís, Maranhão, with emphasis on inequalities between sectors and on changes generated by technological mediation. The study is based on the hypothesis that health crises can aggravate pre-existing disparities and reconfigure routines and meanings of health care, especially in contexts marked by the historical segmentation of the health system. This is a qualitative study based on 18 semi-structured interviews with physicians specializing in breast cancer care who worked in both public and private sectors during and after the pandemic. Data analysis followed the procedures of content analysis (Bardin), guided by thematic categories related to the chronological trajectory of the pandemic and to transformations resulting from the virtualization of care. The thesis is composed of two scientific articles. The first analyzes the experiences of professionals across different phases of the pandemic, revealing organizational, emotional, and structural impacts on the health system. The second discusses the effects of digital mediation—such as telehealth, social media, and digital platforms—on oncological practice, highlighting both innovations and ethical, technical, and communicational tensions. The findings indicate that, although important institutional adaptations occurred, historical inequalities deepened, and technological mediation, far from being neutral, produced new forms of exclusion and professional overload. It is concluded that the pandemic acted as a catalyst for changes in ways of caring, communicating, and organizing health work, whose effects still demand critical analysis and the development of equity-oriented public policies. This thesis contributes to the field of Collective Health by integrating structural analysis, attentive listening to professional experiences, and ethical reflection on cancer care in times of crisis.

Keywords: Breast Neoplasms; COVID-19; Health Inequities; Health Systems; Digital Health.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	3
2	INTRODUÇÃO	6
3	JUSTIFICATIVA	8
4	OBJETO DE ESTUDO	10
5	PRESSUPOSTOS	11
6	OBJETIVOS	12
6.1	Objetivo geral	12
6.2	Objetivos específicos	12
7	REFERENCIAL TEÓRICO	13
7.1	Câncer de mama	13
7.1.1	<i>Relevância epidemiológica do câncer de mama</i>	<i>18</i>
7.1.2	<i>O adoecimento por câncer de mama: sentimentos e percepções</i>	<i>19</i>
7.2	Assistência oncológica mamária	21
7.2.1	<i>Cuidar do paciente oncológico: o processo de trabalho</i>	<i>23</i>
7.2.2	<i>Diagnosticar e tratar o câncer de mama nos sistemas de saúde público e privado</i>	<i>24</i>
7.3	Covid-19	26
7.3.1	<i>Histórico e contextualização da pandemia de covid-19</i>	<i>27</i>
7.3.2	<i>Impactos da pandemia de covid-19 na abordagem do câncer de mama</i>	<i>32</i>
7.4	Tecnologias digitais na saúde: mediações, telessaúde e redes sociais ..	34
7.4.1	<i>Telessaúde e telemedicina</i>	<i>35</i>
7.4.2	<i>Mediação tecnológica no cuidado</i>	<i>36</i>
7.4.3	<i>Redes sociais digitais como ecossistemas de informação</i>	<i>37</i>
7.4.4	<i>Plataformas digitais e lógica de intermediação</i>	<i>38</i>
7.5	Perspectivas sociológicas para a análise da assistência em saúde	39
8	ASPECTOS METODOLÓGICOS	43
8.1	Tipo de estudo	43
8.2	Cenário de estudo	43
8.3	Sujeitos da pesquisa	44
8.4	Técnica e instrumentos de pesquisa	45
8.5	Procedimentos de construção de dados	46
8.6	Análise de dados	47

8.7	Aspectos éticos	49
9	RESULTADOS	51
9.1	Artigo 1	51
9.2	Artigo 2	75
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico e profissional	103
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada	104
	APÊNDICE C - Roteiro para abordagem por telefone	105
	APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido	106
	ANEXO I - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para o projeto guarda-chuva	108
	ANEXO II - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para este estudo	119
	ANEXO III - Normas da revista Trabalho, Educação e Saúde (TES)	123
	ANEXO IV - Normas da revista <i>Physis</i>	130

1 APRESENTAÇÃO

Quando fecho os olhos e volto à época da graduação em Medicina na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), ainda sinto a mesma mistura de encantamento e curiosidade que me acompanhava pelos corredores do Departamento de Saúde Pública. Eu era apenas uma estudante inquieta e idealista que, aos 16 anos, sonhava fazer diferença e, sem perceber, já encontrava em vários professores desse departamento uma espécie de farol. Naquele tempo, fundamos a Liga Acadêmica de Pediatria em parceria com a Profa. Zeni Lamy e outros colaboradores, e cada aula deles me deixava com a sensação de que o conhecimento podia, de fato, transformar o mundo. O doutorado, porém, soava como algo quase etéreo: bonito demais, distante demais, talvez até inalcançável.

Formei-me em 2013 e mergulhei na Atenção Básica por dois anos. Ali, entre consultas, prontuários e grandes filas, descobri que a maioria das histórias tinha voz feminina. Mulheres de todas as idades traziam suas vidas inteiras nos atendimentos no posto de saúde. Nessa época, fiz minha primeira pós-graduação, em Saúde da Família, também na UFMA, e continuei ouvindo vozes femininas.

A paixão antiga pela cirurgia me levou, primeiro, à residência em Cirurgia Geral. Eu acreditava que terminaria no Aparelho Digestivo como subespecialidade, até que, em meio às salas frias do centro cirúrgico, conheci a Mastologia. Foi um ponto de virada. Encantei-me pela delicadeza (e complexidade) de cuidar das mamas e, no início de 2020, concluí a residência nessa especialidade.

Mal pendurei o jaleco de residente e o mundo virou ao avesso. Iniciei o mestrado em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PGSC) e, infelizmente, tive uma única aula presencial, pois logo tudo se tornou quadradinhos de vídeo e vozes distantes. Recém-especialista, vi cirurgias canceladas, consultórios esvaziados e a incerteza ocupar cada esquina. Trabalhava também na Regulação de Leitos do Estado e na enfermaria do principal hospital estadual e, além dos números, convivi nesses cenários com a face mais cruel da covid-19.

Na vida pessoal, a doença quase levou meu marido. Estive ao lado dele durante a internação em unidade de terapia intensiva, intubado, enquanto assistia às aulas on-line da disciplina de Gestão em Saúde. Quase no mesmo fôlego, nasceu minha única sobrinha: prematura de 29 semanas, mais um caos dentro do caos.

Também, em plena pandemia, criei o @jessicamasto no Instagram. O espaço tornou-se um lugar de cuidado em rede: vídeos, *posts*, *lives*. Hoje, mais de 15 mil pessoas acompanham cada frase de “menos X cânceres de mama no mundo” que publico após cirurgias, um pequeno ritual coletivo de esperança que, confesso, me emociona toda semana.

Escrevi a dissertação entre dores físicas e angústias silenciosas. Enfrentei crises intensas de hérnia de disco, até que precisei ser operada quase que simultaneamente à defesa do mestrado. Um amontoado de capítulos e cirurgias (minha e das pacientes), e a sensação constante de que o corpo também fala quando a alma carrega demais. Mas, entre atendimentos, máscaras e protocolos, compreendia que o câncer de mama não cabe apenas em tabelas de mortalidade. As mulheres que eu acompanhava traziam medos, sonhos, silêncios, algo que os números, sozinhos, não conseguem traduzir. Já rememorava as pesquisas qualitativas que tanto me cativaram na graduação.

Concluí o mestrado sobre mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens, fazendo um recorte racial. Simultaneamente, viajava para São Paulo para cursar uma pós-graduação em Imagem da Mama. Logo depois, retornei ao PGSC para o doutorado, e tudo parecia um reencontro. Troquei tema, orientador e método: mergulhei na pesquisa qualitativa porque, como a professora Zeni sempre diz, “as palavras são grávidas de significados”, e eu queria escutar cada uma delas.

Essa escuta segue viva no meu cotidiano. Minha rotina de atendimentos e cirurgias continua intensa. Só em 2025, foram mais de 300 cirurgias realizadas. Mais de 300 mulheres e suas famílias tocadas, cuidadas, acompanhadas com delicadeza e compromisso. Cada história me inspira. E cada uma delas também compõe, de alguma forma, a tessitura invisível desta tese.

Esta tese, portanto, nasce desse entrelaçar de caminhos: a Mastologia que escolhi, a pandemia que nos atravessou, as vozes de mulheres (e médicos) que encontrei, os *bytes* que compartilho nas redes e a vontade de construir saberes além dos muros da academia. A tese carrega minhas cicatrizes, meus aprendizados e o desejo sincero de que estudar, registrar e discutir possa, um dia, traduzir-se em políticas públicas mais justas, que salvem mais mamas e mais vidas.

Se às vezes sumi das redes, foi por causa desses motivos maiores. Se porventura alguns se preocuparam, aqui está o motivo: transformar afeto e inquietação em ciência requer recolhimento e coragem. Entrego estas páginas com o

coração leve, na imperfeição humana, mas com a esperança de que elas somem vozes ao coro pela detecção precoce, pelo cuidado integral e pelo combate ao câncer de mama. Que governantes ouçam, que colegas se inspirem, que pacientes se sintam acolhidas. E que, semana após semana, possamos celebrar, dentro e fora das salas cirúrgicas, muitos outros “menos cânceres de mama no mundo”.

E se, por vezes, a palavra “câncer” ainda assusta, ainda parece proibida, ainda traz um peso que paralisa, que Drummond nos ajude a nomeá-la com coragem e sensibilidade. Porque, mesmo no asfalto duro da dor, da náusea, do medo e da negação, algo insiste em nascer. No poema *“A flor e a náusea”*, ele descreve um mundo tomado por ruínas, desânimo, feiura, até que, de repente, surge uma flor. Uma única flor que, mesmo pequena, ousa existir. No fim do poema, ele escreve:

“É feia. Mas é uma flor.

Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.”

Por isso, esta tese nasceu do desejo de nomear esse caminho com mais humanidade. Que, como a flor de Drummond, ela também seja capaz de romper o asfalto duro da negligência, do preconceito, da desigualdade e floresça em forma de cuidado e presença. Que esta tese, à sua maneira, seja também uma flor.

Dezenove anos depois do meu ingresso na UFMA, estou prestes a sair. Não com todas as respostas, mas com muitos mundos dentro de mim. A UFMA me moldou, me mudou, me transformou. Oportunizou mudanças grandiosas na minha vida e na minha história. Me construiu sonhos e, mais do que isso, me permitiu realizá-los.

Foram vários ciclos vividos nessa universidade: graduação, iniciação científica, projetos de extensão, ligas acadêmicas, pós-graduação, mestrado, doutorado. Mais do que títulos, encontrei mestres e amigos que mudaram o rumo da minha vida, assim como a Profa. Teresa, que segura a minha mão neste doutorado com sua generosidade, experiência e compreensão. Por tudo isso, a UFMA é, para mim, mais que uma instituição: é uma mãe. Uma mãe amorosa e firme, que me acolheu, me exigiu, me impulsionou quando eu mesma duvidei. Levo comigo não apenas um diploma, mas uma trajetória inteira que me construiu com força e ternura.

2 INTRODUÇÃO

Dados de 2020 evidenciam que, pela primeira vez em duas décadas, a incidência do câncer de mama ultrapassou a do câncer de pulmão, tornando-se a segunda neoplasia maligna mais comum no mundo, atrás somente do câncer de pele não melanoma, este de baixa relevância clínica por apresentar comportamento indolente na maioria das ocorrências (WHO, 2022).

No Brasil, o cenário é semelhante. O câncer de mama é o tumor com maior estimativa de incidência entre as brasileiras: 78.610 novos casos ao ano (INCA, 2026). Dessa forma, faz-se necessário discutir o panorama do câncer de mama, incluindo os seus dados epidemiológicos e, questionar pontos a serem otimizados em sua abordagem, como a baixíssima realização do principal exame de rastreio do câncer de mama (Freitas et al., 2016), a mamografia, e o impacto disso na mortalidade pela doença (WHO, 2007). Soma-se a esses fatores os riscos biológicos (questões genéticas, tipos tumorais mais agressivos etc.) e emergem ainda os desafios sociais, como as dificuldades de acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno (Reis et al., 2019).

Os dilemas em torno desse diagnóstico abrangem também os sentimentos vivenciados durante os períodos de tratamento e pós-tratamento. Este último era menos discutido na literatura, pois o câncer de mama era considerado uma doença estritamente ameaçadora da vida, priorizando-se os aspectos fisiológicos e terapêuticos em detrimento dos impactos sobre a saúde mental das pessoas em remissão da doença. No entanto, a eficácia e a oferta de novas terapêuticas fazem o câncer de mama assumir, cada vez mais, características de uma doença crônica, com expectativa de sobrevida prolongada, a depender do estágio clínico ao diagnóstico (Harris et al., 2016).

Por afetar em 99% dos casos as mulheres (Frasson et al., 2018), as particularidades femininas do adoecimento de uma de suas partes do corpo mais representativas do corpo ultrapassam o aspecto anatômico e adentram o imaginário popular, relacionando-se à feminilidade, sexualidade, autoestima e outros fatores (Caetano et al., 2009). Por isso, não é simples vivenciar as necessidades do tratamento clínico, que podem implicar em sequelas e mutilações físicas, assim como psicológicas. Além disso, aspectos da vida em sociedade são impactados e, ao

mesmo tempo, impactam a rotina oncológica, gerando múltiplas heranças psicológicas do diagnóstico.

O profissional que trata o doente também enfrenta questões relevantes, como rotina laboral sobrecarregada, dilemas éticos e reações diante do sofrimento humano (Merhy, 1997). Durante a pandemia de covid-19, esse cenário tornou-se ainda mais complexo. Além das repercussões sobre os fluxos assistenciais, a crise sanitária também produziu impactos significativos sobre a saúde mental e o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, exigindo estratégias institucionais de apoio e cuidado emocional (Saidel et al., 2020).

De acordo com dados da Demografia Médica no Brasil, estão em atividade apenas 2.755 mastologistas, 4.870 oncologistas clínicos e 849 radioterapeutas, distribuídos de forma heterogênea entre as macrorregiões (Scheffer, 2025). Esses especialistas realizam a principal tríade do tratamento do câncer de mama: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Entende-se, então, a exaustão habitual e as múltiplas cargas assumidas nos seus ofícios.

Além dessas questões, a pandemia de covid-19, iniciada nos primeiros meses de 2020, configurou-se como uma crise sanitária que, para além das mortes diretas pela doença, afetou os sistemas de saúde como um todo, amplificando secundariamente o sofrimento, a morbidade e os óbitos por outros agravos, como o próprio câncer de mama (Bigoni et al., 2022).

Estudar o câncer de mama em suas várias nuances durante a pandemia de covid-19 permite compreender os efeitos indiretos dessa desordem infecciosa sobre essa neoplasia. No entanto, as contribuições podem ir além do estudo do próprio câncer de mama, já que esses impactos da pandemia podem ter efeitos análogos em outras condições crônicas, especialmente em outros cânceres. Assume-se, portanto, a necessidade de pensar cenários que reforcem os sistemas de saúde para que estejam preparados para enfrentar possíveis novas situações de contingência sanitária, como os colapsos epidêmicos.

3 JUSTIFICATIVA

A pandemia de covid-19 é analisada retrospectivamente a partir de diferentes momentos epidemiológicos e de seus impactos distintos sobre outras demandas de saúde, inclusive a assistência oncológica. Nesse contexto, estratégias de enfrentamento da covid-19 muitas vezes modificaram protocolos e práticas assistenciais, repercutindo em mudanças no processo de trabalho e na trajetória terapêutica dos usuários dos sistemas de saúde. Conhecer e discutir essas mudanças pode auxiliar na dinâmica de possíveis novas emergências epidemiológicas, seja pela covid-19 ou por outras patologias, visando minimizar consequências negativas nos prognósticos de doenças “tempo-dependentes”, como o câncer de mama, cuja história natural cursa com progressão de estágio caso não seja tratada oportunamente.

Ressalta-se a carência de estudos na literatura que abordem a temática, considerando que a cronologia da pandemia de covid-19 é segmentada conforme o grau de transmissibilidade do vírus e a letalidade da infecção, especialmente após o início da imunização contra a doença. A pandemia, em um período de três anos, não deve ser analisada como uma crise sanitária sem particularidades temporais, mas sim em suas nuances, de modo a subsidiar a construção de protocolos direcionados às necessidades de saúde específicas.

Ao estudar os impactos da pandemia de covid-19 no sistema de saúde brasileiro, observa-se ainda uma tendência da literatura em não especificar o setor analisado (público ou privado), ou em avaliar apenas o Sistema Único de Saúde (SUS), sem contraponto em relação ao setor privado complementar e/ou suplementar. Categorizar e analisar cada um desses setores pode contribuir para o entendimento do contexto de saúde e a definição de estratégias que reduzam impactos negativos.

Além das lacunas na literatura acerca de aspectos temporais da pandemia e do detalhamento de dados conforme diferentes setores do sistema de saúde, esta pesquisa também se justifica pela interseccionalidade de duas doenças de dimensões mundiais: covid-19, cuja classificação como “pandemia” evidencia sua abrangência global, e o câncer de mama, o câncer que mais mata mulheres no mundo e que alcança o *status* de câncer de maior relevância clínica em termos de acometimento populacional, somando-se as populações masculina e feminina.

Por fim, faz-se necessário uma imersão na subjetividade relacionada à temática, reconhecendo que os estudos qualitativos podem complementar os aspectos quantitativos já explorados na literatura.

A escolha deste tema também dialoga com a minha trajetória profissional enquanto médica mastologista, cuja atuação cotidiana na assistência ao câncer de mama suscitou inquietações e reflexões que motivaram a investigação proposta.

4 OBJETO DE ESTUDO

A assistência oncológica mamária pública e privada durante a pandemia de covid-19 em São Luís - Maranhão.

5 PRESSUPOSTOS

O contexto epidemiológico da pandemia de covid-19 modificou o processo de trabalho na assistência oncológica mamária em São Luís;

As diferentes fases da pandemia produziram impactos distintos na assistência oncológica mamária, com maiores dificuldades percebidas nos períodos iniciais, anteriores à ampla cobertura vacinal;

As repercussões da pandemia na assistência oncológica mamária foram vivenciadas de forma desigual entre médicos vinculados aos setores público e privado;

A pandemia de covid-19 catalisou a incorporação de tecnologias digitais na prática médica, ampliando o uso de redes sociais, da telemedicina e de ambientes virtuais de educação e discussão clínica.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

Analisar as vivências de médicos envolvidos na assistência oncológica mamária nos setores público e privado em São Luís – Maranhão, antes, durante e após a pandemia de covid-19.

6.2 Objetivos específicos

Conhecer as transformações na organização da assistência oncológica mamária durante a pandemia de covid-19 nos setores público e privado;

Compreender as experiências de médicos de diferentes especialidades frente aos impactos da pandemia de covid-19 na assistência ao câncer de mama;

Examinar as desigualdades e diferenças entre os setores público e privado na organização do cuidado oncológico;

Investigar o papel das tecnologias digitais e das mediações virtuais na prática médica e na comunicação em saúde durante e após a pandemia.

7 REFERENCIAL TEÓRICO

7.1 Câncer de mama

O câncer de mama é uma doença multifatorial, com uma ampla variedade de apresentações histológicas, moleculares e clínicas, que impactam diretamente em seu prognóstico. Em relação aos seus fatores de risco, a literatura clássica os divide entre critérios modificáveis e não modificáveis pelo indivíduo, conforme listado no quadro 1 (Frasson et al., 2018; INCA, 2020). Apesar dessa classificação tradicional, observa-se que, mesmo os fatores considerados modificáveis nem sempre representam uma alternativa de escolha da mulher, como, por exemplo, engravidar ou não.

Quadro 1: Fatores de risco para câncer de mama

Fatores de risco modificáveis	Fatores de risco não modificáveis
Irradiação torácica antes dos 30 anos	Sexo feminino e idade > 50 anos
Nuliparidade ou 1ª gestação após os 30 anos	Origem judaica <i>ashkenazi</i>
Não ter amamentado	Menarca precoce e/ou menopausa tardia
Uso de terapia de reposição hormonal após a menopausa	Histórico de câncer de mama e/ou ovário em familiares de 1º grau, abaixo dos 50 anos
Obesidade após a menopausa	Densidade mamária elevada
Consumo de bebidas alcóolicas	Biópsia prévia com atipia

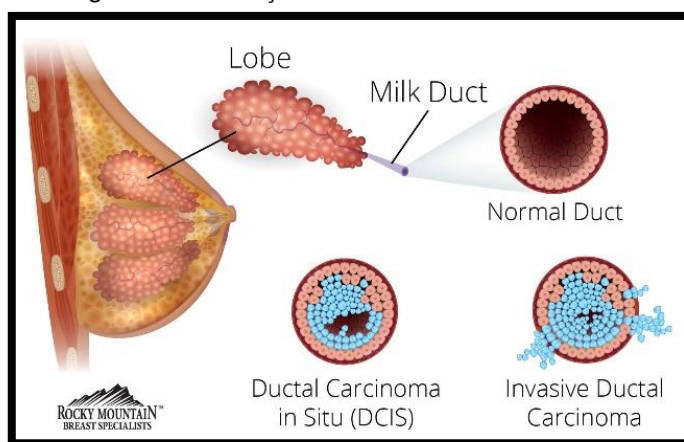
Fonte: adaptado de Frasson et al. (2018).

Os tipos histológicos de neoplasia mamária mais prevalentes na população mundial são o carcinoma ductal *in situ* (CDIS) e o carcinoma invasivo tipo não especial (CINE), seguidos de aproximadamente outros 20 subtipos que, em conjunto, representam cerca de 25% dos cânceres de mama (Frasson et al., 2018).

O CDIS é considerado uma neoplasia não invasiva por sua particularidade de restrição da proliferação celular maligna ao interior dos ductos mamários, sem evidência de potencial invasão estromal (Figura 1). Por essa característica, alguns

autores classificam essa lesão como precursora mamária, pois, sem a ruptura da membrana basal celular, não ocorre a patogênese de invasão dos sistemas sanguíneo ou linfático, condição necessária para a disseminação da doença a outros órgãos, denominada de metástase (Harris et al., 2016). O CDIS isolado representou em torno de 20,6% dos casos de câncer de mama na população norte-americana em 2015, embora possa ser diagnosticado simultaneamente a outras neoplasias invasivas (Frasson et al., 2018).

Figura 1: Diferenças anatômicas do CDIS e CINE



Fonte: <https://www.rockymountcancercenters.com/breast-cancer/types-hormone-receptors>

Mesmo com a doença restrita aos ductos mamários, o CDIS deve ser tratado, pois há risco de subestimação de 20% das lesões invasivas, além de percentuais entre 14 a 46% de evolução para carcinoma invasor (Frasson et al., 2018). As alternativas terapêuticas dessa lesão podem incluir cirurgia mamária, radioterapia local e hormonioterapia oral, com exclusão de quimioterapias venosas ou orais quando a lesão é puramente *in situ*. Apesar de apresentar melhor prognóstico em comparação às lesões invasivas, a extensão do tratamento pode ser agressiva, como em alguns casos que necessitam de mastectomia, que é a cirurgia de retirada de toda a glândula mamária (Harris et al., 2016).

Já o CINE corresponde a aproximadamente 40 a 75% dos cânceres de mama, dependendo da população avaliada (Frasson et al., 2018). Além das opções terapêuticas ofertadas ao CDIS, podem ser necessárias quimioterapias, imunoterapias e terapias-alvo, sendo a quimioterapia o tipo de tratamento sistêmico mais associado a estigmas de efeitos colaterais, como: alopecia, náuseas, vômitos,

diarreia, perda ponderal e neutropenia febril, sendo esta última um tipo de infecção associado à queda da imunidade (Harris et al., 2016).

O CINE apresenta ampla variação prognóstica, especialmente conforme critérios moleculares avaliados pelo exame de imunohistoquímica, que determina a combinação e os percentagens de expressão de marcadores específicos. Os principais são: receptores de estrogênio (RE) e progesterona (RP), índice de proliferação Ki-67 e receptor do fator de crescimento epidérmico humano, este mais conhecido como o oncogene HER-2 (Frasson et al., 2018). A positividade ou negatividade desses marcadores dá origem a subtipos tumorais amplamente conhecidos, tanto no meio científico quanto entre pacientes portadoras da doença, sendo os principais descritos no quadro 2.

Quadro 2: Uso da imunohistoquímica na classificação molecular do câncer de mama

Subtipo molecular	Perfil imunohistoquímico			
Luminal A	RE +	RP +	Ki-67 baixo	HER-2 -
Luminal B	RE +	RP +	Ki-67 baixo ou alto	HER-2 -
Luminal híbrido	RE +	RP +	Ki-67 baixo ou alto	HER-2 +
HER-2	RE -	RP -	Ki-67 baixo ou alto	HER-2 +
Triplo negativo	RE -	RP -	Ki-67 baixo ou alto	HER-2 -

Fonte: adaptado de FRASSON et al. 2018

Muitas nuances e particularidades terapêuticas envolvem esses subtipos tumorais; no entanto, as mais questionadas e temidas pelas pacientes estão relacionadas ao perfil de agressividade dos tumores. Os tumores Triplo negativos são considerados potencialmente mais graves, caracterizados pela rapidez de desenvolvimento e pela maior chance de recidiva da doença nos primeiros dois a três anos após o tratamento (Harris et al., 2016).

Os tumores com expressão de HER-2, historicamente, também eram considerados mais agressivos, mas o desenvolvimento de terapias-alvo modificou o histórico natural da doença. Estudos recentes revolucionaram positivamente o tratamento e o prognóstico desse subtipo tumoral (Modi et al., 2022). Já os tumores Luminais apresentam particularidade de serem relativamente mais indolentes, afetando mais comumente pacientes de faixas etárias mais avançadas. Esses

tumores, contudo, têm capacidade de recidiva tardia, em torno de dez anos após o tratamento da doença primária (Harris et al., 2016).

Crítérios de apresentação clínica também são muito importantes, especialmente no momento do diagnóstico, para realizar o que se chama de estadiamento tumoral, entendido como uma mensuração da extensão da doença. A União Internacional Contra o Câncer propõe a Classificação de Tumores Malignos, mais conhecido pela abreviação TNM (“*Tumor*”, “*Nodes*” e “*Metastases*”), amplamente adotada na prática clínica. A 7ª edição do TNM é apresentada de forma resumida nos quadros 3 e 4, abordando o câncer de mama (Edge e Compton, 2010). Em 2016, a instituição publicou a 8ª edição dessa classificação, incorporando fatores biológicos, como critérios moleculares e genômicos. Apesar de mais completa, essa atualização resultou em uma classificação bastante ampla para uso cotidiano, sendo facilitada por tecnologias como aplicativos de aparelhos celulares, tais como o “*TNM8 Breast Cancer Calculator*” (Andrade, 2018).

Quadro 3: Estadiamento TNM do câncer de mama

T	Tis	Carcinoma in situ	
	T1	T1mic	≤ 0,1 cm
		T1a	> 0,1 cm até 0,5 cm
		T1b	> 0,5 cm até 1 cm
		T1c	> 1 cm até 2 cm
	T2	> 2 cm até 5 cm	
	T3	> 5 cm	
	T4	T4a	Parede torácica
		T4b	Edema/ulceração cutânea, nódulos cutâneos satélites
		T4c	Ambos T4a e T4b
		T4d	Carcinoma inflamatório
N	N1	Linfonodos axilares móveis	
	N2	N2a	Linfonodos axilares fixos
		N2b	Linfonodos mamários internos, clinicamente aparentes
	N3	N3a	Linfonodos infraclaviculares
		N3b	Linfonodos mamários internos e axilares
		N3c	Linfonodos supraclaviculares

M	M0	Ausência de metástase à distância
	M1	Metástase à distância

Fonte: adaptado de Edge e Compton, 2010

Quadro 4: Grupamento de estágios do câncer de mama

Estágio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T0, T1	N1mic	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
IIIC	Qualquer T	N3	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: adaptado de Edge e Compton, 2010

O prognóstico da doença sofre influência de critérios histológicos, moleculares e de estadiamento ao diagnóstico, sendo este último o fator intrínseco que mais impacta na sobrevida das pacientes. Schneider e D'Orsi (2009) discutem que o risco de morte, em 10 anos, de pacientes com câncer de mama diagnosticadas no estágio I é de uma a cada oito mulheres; já as diagnosticadas no estágio II apresentam evolução para a mortalidade em um terço dos casos, também em 10 anos. Para o mesmo período, pacientes em estágio III têm risco de óbito 7,18 vezes maior em relação às pacientes em estágio I, enquanto aquelas em estágio IV apresentaram risco 19,49 vezes maior, com mediana de sobrevida de 34 meses (Schneider e D'orsi, 2009).

O diagnóstico do câncer de mama em estágios iniciais, muitas vezes de forma subclínica, é um dos pilares das diretrizes terapêuticas da doença, visando aumento substancial das chances de cura e maior probabilidade de sobrevida. Segundo Gebrim e Quadros (2006), os casos mais avançados de câncer de mama têm uma sobrevida de apenas 30% das pacientes em 10 anos, enquanto os casos iniciais podem alcançar até 97% de sobrevida.

Além de maiores chances de desfecho clínico favorável, o diagnóstico precoce do câncer de mama também está associado a tratamentos menos agressivos e, conseqüentemente, a menores impactos físicos, socioeconômicos e psicológicos para as pacientes (Pinheiro et al., 2013; Santos e Melo, 2011; Paulinelli et al., 2003).

7.1.1 *Relevância epidemiológica do câncer de mama*

De modo geral, considerando ambos os sexos, todas as idades e todos os sítios oncológicos, exceto o câncer de pele não melanoma, a estimativa de novos casos oncológicos em 2020 era de 19.292.789. Com esses mesmos parâmetros, a estimativa para 2040 é de 28.887.942 novos casos de todos os cânceres (WHO, 2022). Esses dados evidenciam a importância de estudar temas oncológicos, dada a magnitude já alcançada pela doença e as projeções que indicam potencial agravamento nos próximos anos.

Conhecidamente um problema de saúde pública que acomete mulheres em todo o mundo (Sung et al., 2021), segundo o *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN), em 2020 estimava-se 2,2 milhões de novos casos de câncer de mama. Esse número equivale a 11,6% de todos os cânceres no sexo feminino, com risco estimado de 55,2 novos diagnósticos a cada 100 mil mulheres (Bray et al., 2018). A estimativa para 2040 é de 2,9 milhões de novos casos da doença (WHO, 2022).

No Brasil, dados oficiais estimam 78.610 novos casos de câncer de mama para cada ano do triênio 2026-2028, correspondendo a um risco estimado de 71,57/100.000 mulheres. Essa condição o torna a neoplasia maligna mais incidente na população feminina brasileira após o câncer de pele não melanoma (INCA, 2026). Excluindo os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminina ocupa a primeira posição de incidência oncológica em todas as regiões brasileiras, com os seguintes riscos estimados: 88,29 por 100 mil na região Sudeste; 77,91 por 100 mil na região Sul; 61,32 por 100 mil na região Centro-Oeste; 58,02 por 100 mil na região

Nordeste; 31,28 por 100 mil na região Norte (INCA, 2026). No Maranhão, estimam-se 1.130 novos diagnósticos de câncer de mama em cada ano do triênio 2026-2028. Na capital, São Luís, estimam-se 320 novos casos anuais da doença no mesmo período (INCA, 2026).

Em relação à mortalidade, em 2018, o GLOBOCAN estimou 627 mil óbitos pela doença no mundo, sendo a principal causa de morte por câncer em mais de 100 países (Ministério da Saúde, 2019; Bray et al., 2018). No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer de mama era de 16,47/100 mil mulheres em 2020, com 18.032 registros de óbitos por essa doença (INCA, 2022).

7.1.2 *O adoecimento por câncer de mama: sentimentos e percepções*

Por ser uma doença com múltiplas facetas clínicas e possibilidades terapêuticas, o câncer de mama é vivenciado de diferentes formas pelas pacientes, com várias reações ao diagnóstico, durante e após o tratamento.

Inicialmente, uma biópsia com resultado oncológico pode ser encarada com perplexidade (Caetano et al., 2009; Reis et al., 2019), em razão da existência de um laudo com vocabulário técnico e muitas vezes impenetrável para o leigo. O desconhecimento da patologia pode gerar sentimentos opostos, como esperança e finitude (Caetano et al., 2009). Assim, enfrentamentos distintos são relatados, incluindo a negação do próprio diagnóstico, o que pode culminar em medo e culpa. Ao receber e compreender o diagnóstico, a mulher passa a traçar conjecturas sobre o caminho de dificuldades a ser percorrido a partir da descoberta da doença (Araújo e Fernandes, 2008).

Descobrir-se portadora de uma doença potencialmente grave pode gerar angústia, tristeza, desesperança (Araújo e Fernandes, 2008) e medo diante da incerteza quanto ao futuro (Caetano et al., 2009). O câncer, em geral, não é entendido como uma doença que pode ter bom prognóstico, como outras doenças crônicas (Caetano et al., 2009), pois ainda persiste a crença de que câncer e morte são sinônimos. Esse pensamento reforça sintomas depressivos e ansiosos (Araújo e Fernandes, 2008).

Frequentemente, o próprio tratamento pode gerar angústias quanto a possíveis efeitos colaterais e sequelas, como exemplo, a alopecia momentânea, consequência de protocolos quimioterápicos, e a perda da mama doente em cirurgias

de mastectomia. Nem sempre essas abordagens são necessárias em todos os casos, mas o imaginário popular as associa com estigmas da paciente oncológica. Nesse contexto, partes do corpo são interpretadas a partir de representações sociais que relacionam os cabelos à identidade feminina (Reis et al., 2019) e atribuem às mamas a simbologia da feminilidade, sexualidade, maternidade e estética (Caetano et al., 2009). O impacto dessas mudanças pode ser compreendido a partir do entendimento de que a imagem corporal é formada não apenas por conceitos físicos, mas também psicológicos, sociais e culturais (Araújo e Fernandes, 2008).

O entendimento dessas questões é necessário não apenas para o apoio psicológico às pacientes, mas como parte integrante do tratamento, pois são reações e impactos distintos oriundos do próprio tratamento que podem afetar o consentimento e adesão a ele (Reis et al., 2019). Nesse contexto, um dos pontos pouco questionados e também pouco relatados espontaneamente pelas mulheres refere-se aos sentimentos diante de mudanças na sexualidade, decorrentes do estresse e de alterações corporais relacionadas a efeitos colaterais: ganho de peso, falência ovariana, decréscimo de hormônios sexuais, indução medicamentosa de menopausa, atrofia vaginal, diminuição da lubrificação vaginal e da libido, anorgasmia e dispareunia (Reis et al., 2019). O câncer de mama, portanto, afeta muitos aspectos da feminilidade além da própria mama.

Mesmo diante de tantos desafios, relatos identificam que diante do diagnóstico oncológico mamário, geralmente a cura se torna a principal meta da mulher (Caetano et al., 2009; Reis et al., 2019). Um dos artifícios encontrados para enfrentar a doença é a crença sobrenatural e a prática de rituais de religiosidade (Reis et al., 2019), sem deixar de confiar nos avanços da medicina (Caetano et al., 2009).

Além disso, muitas mulheres encontram nesse momento uma oportunidade de buscar melhorias em sua qualidade de vida (Araújo e Fernandes, 2008), especialmente com mudanças relacionadas à alimentação, a prática de atividades físicas e ao autoconhecimento, encarando a doença sob uma nova perspectiva e ultrapassando-a (Araújo e Fernandes, 2008). Caetano et al. (2009, p. 261) descrevem esse comportamento como “a transformação da doença em um motivo para viver”. Nessa perspectiva, Araújo e Fernandes (2008) recorrem ao interacionismo simbólico para compreender como as mulheres reinterpretem a experiência do adoecimento a partir dos significados construídos ao longo de suas trajetórias de vida.

7.2 Assistência oncológica mamária

A portaria vigente da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, do Ministério da Saúde (Portaria nº 874/2013), garante que o cuidado integral aos usuários do SUS deve ser realizado de forma multiprofissional, “com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença” (Brasil, 2013, s.p.).

De acordo com a *American Cancer Society* (ACS, 2022), diversas categorias profissionais atuam nesse âmbito oncológico, cada uma responsável por diferentes cuidados e demandas de cada paciente. Entre os profissionais listados estão os médicos de diversas especialidades, assistentes sociais, capelães, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, físicos médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, profissionais do setor de higienização hospitalar, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de radiologia, técnicos de radioterapia, profissionais de educação física, biomédicos, entre outros.

Entre os profissionais médicos, a *American Cancer Society* (ACS, 2022) destaca algumas especialidades que atuam diretamente no diagnóstico, tratamento e prevenção do câncer primário de mama:

- Mastologista: rastreamento habitual e de alto risco, procedimentos diagnósticos, tratamento cirúrgico terapêutico e reconstrutivo, além do acompanhamento pós-tratamento;
- Ginecologista: investigação diagnóstica;
- Cirurgião oncológico: tratamento cirúrgico;
- Oncologista clínico: tratamento medicamentoso e acompanhamento;
- Radioterapeuta ou radio-oncologista: tratamento radioterápico;
- Patologista: análise patológica diagnóstica e de estadiamento cirúrgico;
- Radiologista: diagnóstico imagenológico e procedimentos diagnósticos;
- Cirurgião plástico: tratamento cirúrgico reconstrutivo primário ou tardio;
- Geneticista: aconselhamento genético de alto risco pessoal e familiar;
- Anestesiologista: procedimentos anestésicos operatórios e no acompanhamento de sequelas terapêuticas;
- Médico da Família: Atenção Primária no rastreio e diagnóstico.

A participação desses diferentes profissionais evidencia o caráter essencialmente interdisciplinar da assistência oncológica mamária. O cuidado à mulher com câncer de mama envolve uma sucessão de etapas diagnósticas,

terapêuticas e de acompanhamento que demandam atuação articulada de diferentes especialidades médicas ao longo do tempo. Essa organização do cuidado pressupõe integração entre serviços e profissionais, permitindo que a paciente transite por diferentes modalidades de diagnóstico e tratamento conforme as necessidades clínicas de cada fase da doença (Mendes, 2011).

Essa assistência oncológica mamária perpassa conceitos como trajetória terapêutica, itinerário terapêutico e linha de cuidado. Esta última faz referência a protocolos assistenciais voltados à agilidade nos procedimentos diagnósticos e nas modalidades de tratamento do câncer de mama (Facina, 2016), podendo contar inclusive com a assistência de Navegação de Pacientes, instituída pela Lei nº 14.450, aprovada em 2022, que criou o Programa Nacional de Navegação de Pacientes para Pessoas com Neoplasia Maligna de Mama (Brasil, 2022a).

Entende-se a trajetória terapêutica centrada no cuidado assistencial ambulatorial e hospitalar, enquanto o itinerário terapêutico abrange toda a rede social ao redor dessa mulher com câncer, englobando facilidades e dificuldades enfrentadas para alcançar a efetividade dos seus tratamentos (Skaba, 2003).

Para Freidson (1988), o início do itinerário terapêutico é demarcado pelo reconhecimento social da pessoa como “doente”, desencadeando uma sequência de práticas sociais moldadas por eventos vivenciados em busca do tratamento, ancoradas tanto na construção leiga quanto no modelo profissional.

Dessa forma, a trajetória terapêutica do paciente oncológico resume-se na concepção médica: sinais/sintomas, diagnóstico, tratamento, cura/morte e controle/recidiva. Já o itinerário terapêutico compreende: construção de uma determinada representação sobre a enfermidade, sinais/sintomas, enfrentamento da possibilidade de ser portador de câncer, condições objetivas de acesso aos serviços de saúde, tratamento e cura/controle (Skaba, 2003).

Portanto, a categoria do itinerário terapêutico tem sido utilizada na literatura socioantropológica com o objetivo de “interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento” (Alves e Souza, 1999, p. 125).

Visto isso, expomos de forma breve a trajetória terapêutica de mulheres com câncer de mama. Mas, mesmo de forma resumida, essa não é uma tarefa fácil, pois a assistência oncológica mamária é ampla devido cada tipo tumoral demandar uma sequência terapêutica diferente. Mesmo para a confirmação diagnóstica por

biópsia existem múltiplas possibilidades de procedimentos, como punção aspirativa por agulha fina, *core biopsy* guiada por ultrassonografia ou estereotaxia, biópsia aspirativa a vácuo por ultrassonografia, estereotaxia ou ressonância e biópsias cirúrgicas. O tratamento inicial, em geral, envolve algum tipo de cirurgia mamária, com dezenas de variações, ou tratamento sistêmico neoadjuvante, especialmente a quimioterapia venosa, também com diferentes protocolos possíveis. Após a cirurgia oncológica, podem ser indicados acompanhamento, quimioterapia venosa, quimioterapia oral, hormonioterapia oral, terapia-alvo e/ou radioterapia, conforme as especificidades do estadiamento da doença. Em relação à cirurgia, pode ter a necessidade de reconstrução imediata ou tardia, incluindo técnicas de oncoplastica (Frasson et al., 2018; Harris et al., 2016).

Após o tratamento, essa mulher inicia o seguimento ambulatorial com o mastologista e o oncologista que, a princípio, é a cada quatro ou seis meses e, depois, de forma mais espaçada, anualmente. Durante esse período, é realizada vigilância intensiva quanto a recidivas tumorais locais e/ou à distância, denominadas metástases (Frasson et al., 2018; Harris et al., 2016).

7.2.1 *Cuidar do paciente oncológico: o processo de trabalho*

O processo de trabalho em saúde no Brasil foi pioneiramente estudado por Maria Cecília Ferro Donnangelo, no final da década de 1960. A pesquisadora aprofundou-se na profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e na medicina como prática técnica e social, “rompendo com a visão que o modo de executar a prática médica e as relações entre os indivíduos envolvidos (usuários, médicos e demais profissionais de saúde) seriam independentes da vida social” (Peduzzi e Schraiber, 2022, s.p.)

Peduzzi e Schraiber (2022, s.p.) afirmam que “o conceito de processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde”.

Nesse contexto, aprofunda-se esse entendimento ao introduzir a análise da micropolítica de trabalho, com o estudo do protagonismo dos trabalhadores e usuários da saúde em seus espaços de atuação e nas relações que organizam suas práticas e ações (Merhy, 1997). Esse pensamento representa importante abordagem teórico-

conceitual para as questões sobre recursos humanos em saúde (Peduzzi e Schraiber, 2022).

A partir dos anos 1990, novas questões auxiliaram a reflexão e a pesquisa sobre o processo de trabalho em saúde, como os mecanismos institucionais de gestão do trabalho e as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, abrangendo a intersubjetividade e a prática dialógica (Ayres, 2001; 2002). Assim, na atualidade, compreende-se o processo de trabalho em saúde na dinâmica da relação entre o profissional e o usuário. Na assistência oncológica, esse relacionamento pode ser permeado de sentimentos como dor e sofrimento, mas também inclui diversos saberes técnicos, experiências de vida, práticas assistenciais e subjetividades que impactam os sujeitos (Merhy, 1997).

Bordignon et al. (2015) investigaram o processo de trabalho de profissionais da área oncológica e encontraram diferentes aspectos de satisfação laboral. Entre os aspectos considerados como satisfatórios, destacaram-se: melhora da saúde dos pacientes, afinidade com o setor oncológico, possibilidade de ajudar outras pessoas, valorização do trabalho em equipe e reconhecimento do trabalho pela sociedade. Por outro lado, foram relatados aspectos de insatisfação: sobrecarga de trabalho, potenciais óbitos dos pacientes, sentimento de impotência diante de casos clínicos agressivos, baixa remuneração, visualização do sofrimento dos acompanhantes e revolta com retardos nos diagnósticos e tratamentos pelo sistema público de saúde. Os autores discutem essa avaliação de satisfação profissional como “um fator importante nos serviços de saúde na busca pela melhoria na qualidade do cuidado, sobretudo, nos setores em que há atividades que suscitam do trabalhador controle e equilíbrio mental e emocional como o setor da oncologia” (Bordignon et al., 2015, p. 399).

7.2.2 *Diagnosticar e tratar o câncer de mama nos sistemas de saúde público e privado*

No Brasil, a saúde pública é amparada no SUS, fruto de décadas de luta do Movimento da Reforma Sanitária. A garantia da assistência universal à saúde foi instituída pela Constituição Federal de 1988 e consolidada pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Uma das principais características desse sistema de saúde é a afirmação constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 2016, p.

118). Já a assistência privada à saúde se move pela lógica de um mercado autorregulado, mas também com diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada em 1999. Essa assistência privada pode ser compreendida por duas principais modalidades: saúde complementar e saúde suplementar. A primeira corresponde a prestação de serviços privados ao SUS. Já a segunda, a saúde suplementar, contempla os serviços de saúde administrados por planos privados de saúde, cooperativas médicas, seguradoras e autogestão (Menicucci, 2007).

Em relação ao diagnóstico do câncer de mama, a literatura científica consagra o exame de mamografia como o principal no rastreio e diagnóstico precoce desse tumor (Frasson et al., 2018; Harris et al., 2016). No entanto, o acesso à realização periódica desse método de exame de imagem difere entre os sistemas público e privado no país, como expõe os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008. Esse inquérito expôs que entre as mulheres de 50 a 69 anos de idade, 71,1% havia se submetido, ao menos uma vez, ao exame de mamografia. Já especificamente entre as mulheres beneficiárias de planos de saúde, esse percentual foi de 83,6% (Malta et al., 2011), enfatizando que mulheres com alto nível socioeconômico têm maior acesso a serviços de prevenção, rastreamento regular e diagnóstico de câncer de mama em momento mais oportuno, em estágio mais inicial (Rodrigues e Bustamante-Teixeira, 2011).

Campos et al. (2022) investigaram o tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama nas assistências pública e privada. Entre as mulheres assistidas pela rede pública, a investigação diagnóstica foi motivada pela presença de sinais palpáveis em 60,8% dos casos, com 31,9% dos tumores em estágio III ou IV, considerados avançados. Nessas pacientes, a confirmação diagnóstica ocorreu em uma mediana de 95 dias, e o início de alguma modalidade terapêutica em mediana de 38 dias. Já entre as mulheres atendidas pela rede privada, a investigação diagnóstica teve como motivação a presença de sintomas palpáveis em 47,7% da população estudada, com 10,6% dos tumores em estágio III ou IV. Nessas pacientes, a confirmação diagnóstica ocorreu em mediana de 58 dias, e o início de alguma modalidade terapêutica em mediana de 23 dias.

Rosa e Radünz (2013) discutem resultados semelhantes, justificando-os por fatores relatados pelas usuárias do sistema público de saúde, como: dificuldade para o agendamento de exames, evidências de imagens ou sintomas não consideradas pelos médicos previamente, dificuldade para o agendamento de

consultas com médicos especialistas, desinformação da mulher sobre o câncer de mama e a saúde da mulher, dificuldade de vaga para agendamento de cirurgia, demora para a emissão do laudo da biópsia, dificuldade para agendamento imediato de quimioterapia e demora dos encaminhamentos para especialistas do SUS em outras cidades.

Maia (2019) também aponta dificuldades relacionadas à carência na quantidade e qualidade de serviços oncológicos fora das grandes capitais, como fator tardio no diagnóstico do SUS. Araújo et al. (2016) expõem que, no sistema público de saúde do Brasil, havia um déficit de 255 serviços de radioterapia em 2015, com projeção de 198 serviços a menos do que o necessário em 2030.

7.3 Covid-19

O nome “covid” é derivado das iniciais das palavras em inglês “*Corona Virus Disease*”, traduzidos para o português como “doença do coronavírus”. O número “19” faz referência ao ano de surgimento da doença no mundo (Brasil, 2020a).

A covid-19 é uma infecção causada pelo vírus SARS-CoV-2 (do inglês “*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*”) e suas variantes¹. Os primeiros sinais de adoecimento podem surgir de quatro dias a duas semanas após o contágio, quando sintomático. Os principais sintomas (isolados ou em conjunto) apresentados são: febre, tosse seca, dispneia, astenia, calafrios, mialgia, cefaleia, faringite, coriza, anosmia, ageusia, náuseas e diarreia. Outros múltiplos sintomas são relatados na literatura, de forma menos frequente (Iser et al., 2020).

A história natural da doença ocorre de forma indolente na maior parte dos infectados, mas uma parcela pode evoluir para quadros mais complexos, especialmente relacionados à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRGA) e a coagulopatias, o que pode demandar cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e levar ao óbito (Brasil, 2020a).

Trata-se de uma doença viral aguda com alta transmissibilidade, capaz de levar ao adoecimento simultâneo de uma grande parcela da população. Além disso, características do indivíduo e comorbidades podem alterar o prognóstico da infecção, atuando como determinantes clínicos importantes, como: idosos, gestantes,

¹ Variantes oriundas a partir de mutações no RNA do vírus, que se fixam e começam a ser disseminadas de forma comunitária. (Brasil, 2022b)

imunodeprimidos (incluindo pacientes em tratamento oncológico), cardiopatas leves ou descompensados, portadores de enfermidades renais crônicas ou em estado avançado, hepatopatas em estado avançado, portadores de enfermidades respiratórias e de uma ou mais comorbidades (diabetes, hipertensão e obesidade). A principal forma de contágio relatada é através de gotículas respiratórias expelidas em contato direto ou muito próximo. A transmissão por aerossóis também é possível, embora em menor proporção e sob determinadas condições (Iser et al., 2020).

7.3.1 *Histórico e contextualização da pandemia de covid-19*

Identificado pela primeira vez no final de 2019, o vírus SARS-CoV-2 apresentou um aumento súbito e exponencial de seu contágio no início de 2020, com o epicentro inicial da doença em *Wuhuan*, capital de *Hubei*, na China. Em 11 de fevereiro de 2020, algumas semanas após o surto inicial, essa infecção foi denominada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como covid-19 (WHO, 2020a).

Em 30 de janeiro de 2020, a covid-19 foi declarada uma emergência de saúde global e, em 11 de março de 2020, passou a ser considerada pandemia, diante do surpreendente número de casos e mortes em diversos países (WHO, 2020b).

No Brasil, em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 188/2020, declarou situação de emergência em saúde pública de importância nacional (Brasil, 2020b). No Maranhão, seguindo as diretrizes nacionais, o Decreto Estadual Nº 35.672/2020 declarou situação de calamidade no território estadual (Maranhão, 2020). No mesmo mês, em 06 de fevereiro de 2020, foi sancionada no Brasil a lei nº 13.979, que dispõe sobre medidas de enfrentamento da covid-19, com o objetivo de postergar o pico de casos na curva epidêmica e evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde público e privado. As Unidades Federativas passaram a exercer tais medidas a partir da segunda semana de março de 2020 (Brasil, 2020b).

O primeiro caso confirmado no Brasil foi em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo. Em 13 de março de 2020, o Ministério de Saúde regulamenta critérios de isolamento e quarentena para serem aplicados pelas autoridades sanitárias em pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por coronavírus. Em 17 de março de 2020, foi notificada a primeira morte por covid-19 no país. No Maranhão, em 20 de

março de 2020, há o registro do primeiro caso da doença e, em 29 de março de 2020, foi notificado o primeiro óbito no estado (Sanar, 2022).

Devido às dimensões continentais e às diferenças populacionais e de infraestrutura, as medidas de enfrentamento foram tomadas de acordo com características inerentes a cada região, mas integradas com a situação geral do país (Costa et al., 2020).

Em 02 de abril de 2020, foi recomendado o uso de máscaras faciais como medida de proteção. Nesse momento epidemiológico, o Brasil já tinha o registro de 6.932 casos e de 247 óbitos atribuídos a essa infecção. Após esse momento, os dados numéricos seguiram acelerados, culminando para colapso dos sistemas de saúde em vários locais do país. Um mês após o primeiro óbito em território brasileiro pela doença, já havia registros de 30.961 casos confirmados e 1.956 óbitos notificados. Leitos hospitalares chegavam próximo à totalidade de ocupação na maior parte dos dias e recordes de novos casos e número de óbitos se sucediam (Sanar, 2022).

No início da pandemia, a reação ao aumento exponencial do número de casos foi a instauração de políticas de isolamento social em âmbito mundial, com fechamento de fronteiras, interrupção do fornecimento de bens e serviços e outras medidas restritivas com a finalidade de conter a propagação do vírus (Ali, 2020; Ennis-Mcmillan e Hedges, 2020). Em 30 de abril de 2020, a Justiça decreta *lockdown* no Maranhão, mantendo um bloqueio total de 05 a 17 de maio, na capital São Luís, e nas cidades de São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa. Essa medida foi pioneira no Brasil (São Luís, 2023).

Em 06 de maio de 2020, o Brasil ocupava o 6º lugar no mundo em relação ao número de óbitos por covid-19. Já em 18 de maio de 2020, com 254.220 diagnósticos de covid-19, o país passou a ocupar o terceiro lugar no ranking mundial. Nessa mesma data, uma companhia farmacêutica americana anunciou resultados positivos em humanos com a primeira vacina experimental realizada com oito pessoas contra o novo coronavírus. Em 22 de maio de 2020, o país ultrapassa a Rússia e tornou-se o segundo país com maior número de infectados (Sanar, 2022).

Em 05 de junho de 2020, o Brasil recebe primeiro lote de vacina contra a covid-19 desenvolvida na Universidade de *Oxford*, na Inglaterra, aplicada experimentalmente em dois mil voluntários brasileiros. Em 11 de junho de 2020, o Maranhão registra 2.172 novos casos da doença em 24h. Em 09 de junho de 2020, o Brasil é responsável por uma a cada quatro mortes por covid-19 nas Américas,

segundo Organização Mundial da Saúde (OMS), além de concentrar um em cada quatro diagnósticos do novo coronavírus no continente. Em 30 de junho de 2020, o Ministério da Saúde informou que mais da metade das mortes por coronavírus no país aconteceram em junho, caracterizando a primeira grande “onda” da doença no país. Em 21 de julho de 2020, teve início a terceira fase da pesquisa de vacina em São Paulo (Sanar, 2022).

Em 05 de outubro de 2020, as vacinas de *Oxford*, previstas para chegar ao Brasil no mês de dezembro, tiveram sua entrega adiada para janeiro de 2021. Em 29 de outubro de 2020, aproximando-se da marca dos 5,5 milhões de casos, o Brasil registrou queda de 25% nos óbitos nos 14 dias anteriores (Sanar, 2022).

Em 15 de janeiro de 2021, após as festas de final de ano, o Brasil registrou a terceira maior alta no número de óbitos por covid-19. Na cidade de Manaus, uma nova variante foi identificada, denominada vacui “P.1”, com possível maior poder de contágio. A cidade de Manaus viveu um momento extremamente delicado, com falta de suprimentos e superlotação em hospitais públicos e privados. Em 17 de janeiro de 2021, foi aplicada a primeira vacina contra covid-19 no Brasil fora de protocolos de pesquisa (Sanar, 2022). A partir desse marco, iniciaram-se as vacinações conforme ordem de grupos prioritários instituídos pelo Plano Nacional de Imunizações (PNI), tais como profissionais da área da saúde, idosos, gestantes e puérperas, portadores de comorbidades, povos indígenas e quilombolas, pessoas privadas de liberdade, dentre outros. Em São Luís, pacientes oncológicos em vigência de tratamento quimioterápico e/ou radioterápico iniciaram a imunização a partir de 06 de fevereiro de 2021 (São Luís, 2023).

Entre fevereiro e maio de 2021, uma nova “onda” da pandemia acometeu o Brasil, com números crescentes de novos casos e óbitos. De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o país viveu o maior colapso hospitalar de sua história, com taxas de ocupação de leitos de UTI para pacientes adultos com covid-19, no SUS, iguais ou superiores a 90%. Durante todo o mês de março de 2021, o Brasil foi o país com o maior número diário de mortes por covid-19. Em 08 de abril de 2021, houve o registro recorde de 4.249 mortes em 24 horas (Sanar, 2022).

Em 24 de junho de 2021, o Brasil registrou 2.042 mortes por covid-19 em 24 horas, totalizando 509.282 óbitos desde o início da pandemia. Os dados indicavam tendência de estabilidade nos óbitos (Sanar, 2022). Em 28 de julho de 2021, a variante “delta” do SARS-CoV-2, originária da Índia, tornou-se ameaça

global. Contudo, em 31 de julho de 2021, dados do LocalizaSUS, do Ministério da Saúde, registraram queda de 42% das mortes por covid-19 no mês, atribuída ao avanço vacinal. Na ocasião, 96 milhões de brasileiros haviam recebido ao menos uma dose da vacina (Sanar, 2022).

Em agosto de 2021, os óbitos por covid-19 continuavam em queda: 24 mil mortes, menor total desde dezembro de 2020. Em 22 de setembro de 2021, o Ministério da Saúde recomenda vacinação de adolescentes de 12 a 17 anos, que alguns estados já realizavam desde julho de 2021 (Sanar, 2022).

Em 14 de novembro de 2021, 59,8% dos brasileiros havia completado o esquema vacinal contra a covid-19. Em 25 de novembro de 2021, a OMS identifica a variante “ômicron” do SARS-CoV-2, preocupando novamente a população mundial. Apesar disso, novembro foi o mês com o menor número de mortes por covid-19 no Brasil desde abril de 2020, com 6.894 óbitos registrados (Sanar, 2022).

Em 16 de dezembro de 2021, a Anvisa aprovou o uso da vacina em crianças de 5 a 11 anos, iniciando em janeiro de 2022. Em 28 de dezembro de 2021, 80% da população apta já havia recebido duas doses da vacina (Sanar, 2022).

Em janeiro de 2022, após as festas de fim de ano, o Brasil registrou mais casos de covid-19 do que todo o segundo semestre de 2021. No início de fevereiro, foram somadas 3.988.310 infecções nos primeiros 35 dias do ano contra 3.730.380 entre 1 de julho e 31 de dezembro de 2021. Apesar do aumento de casos, observou-se menor letalidade (Sanar, 2022).

Em 20 de março de 2022, a média móvel de óbitos, que estava em queda ininterrupta desde 11 de março, chegou a 308 óbitos por dia. Também em queda, a média de casos estava em 38.162 registros (Sanar, 2022). Em 16 de março de 2022, o Governo do Maranhão determinou o fim da obrigatoriedade do uso de máscaras em locais fechados no estado. O decreto estabeleceu que a flexibilização poderia ser aplicada somente nas cidades em que havia mais de 70% da população vacinada com duas doses ou dose única da vacina (São Luís, 2023).

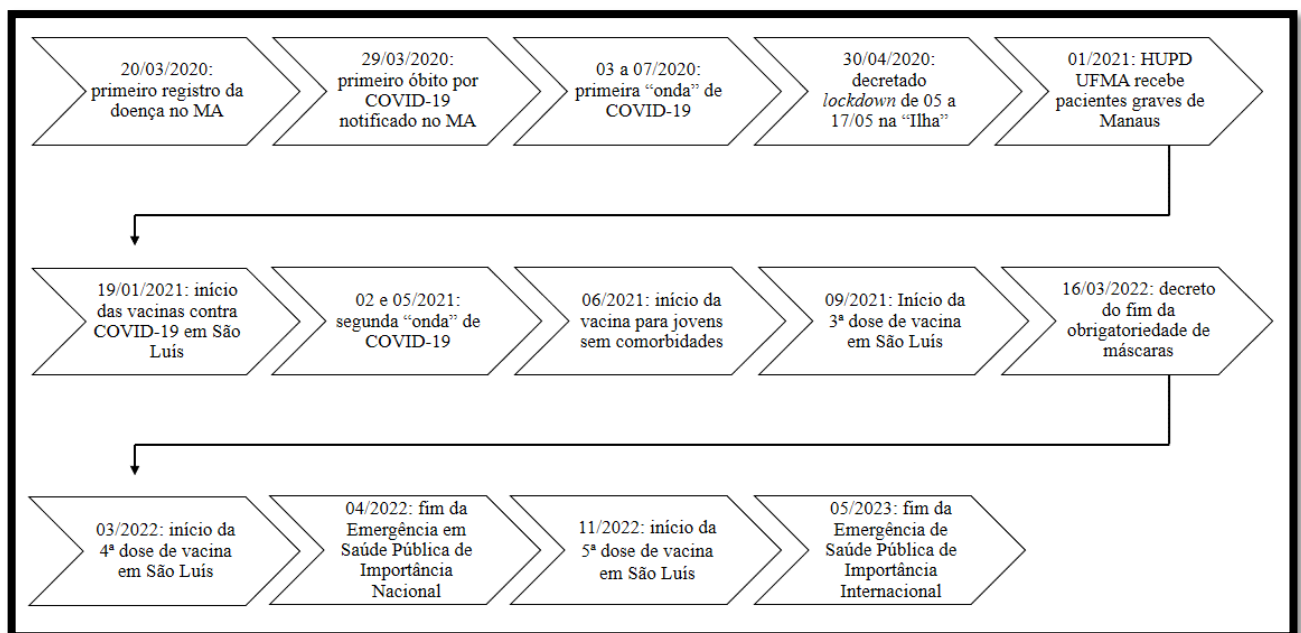
Em 22 de abril de 2022, o então ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, assinou a portaria que estabeleceu o fim da “Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional”, instaurada em fevereiro de 2020 devido à covid-19. A decisão foi atribuída à melhora do cenário epidemiológico, à alta cobertura vacinal e à capacidade assistencial (Rocha, 2022).

No mundo, até outubro de 2023, estimaram-se 695 milhões de casos acumulados e cerca de 6,9 milhões de óbitos (TRT, 2023). No Brasil, até outubro de 2023, estimaram-se aproximadamente 37,9 milhões de casos acumulados e, em torno de 706 mil óbitos (Brasil, 2023). No Maranhão, em 01 de novembro de 2023, somavam-se mais de 497.443 casos de covid-19 e 11.080 óbitos pela doença (Brasil, 2023). Atualmente, em São Luís, são aplicadas doses retardatárias da vacina contra covid-19, incluindo a 6ª dose para a população em geral (São Luís, 2024).

Em maio de 2023, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada à covid-19 (OPAS, 2023).

De forma ilustrativa, abaixo (Figura 2) a construção de uma linha do tempo com os principais marcos da pandemia de covid-19 no Maranhão:

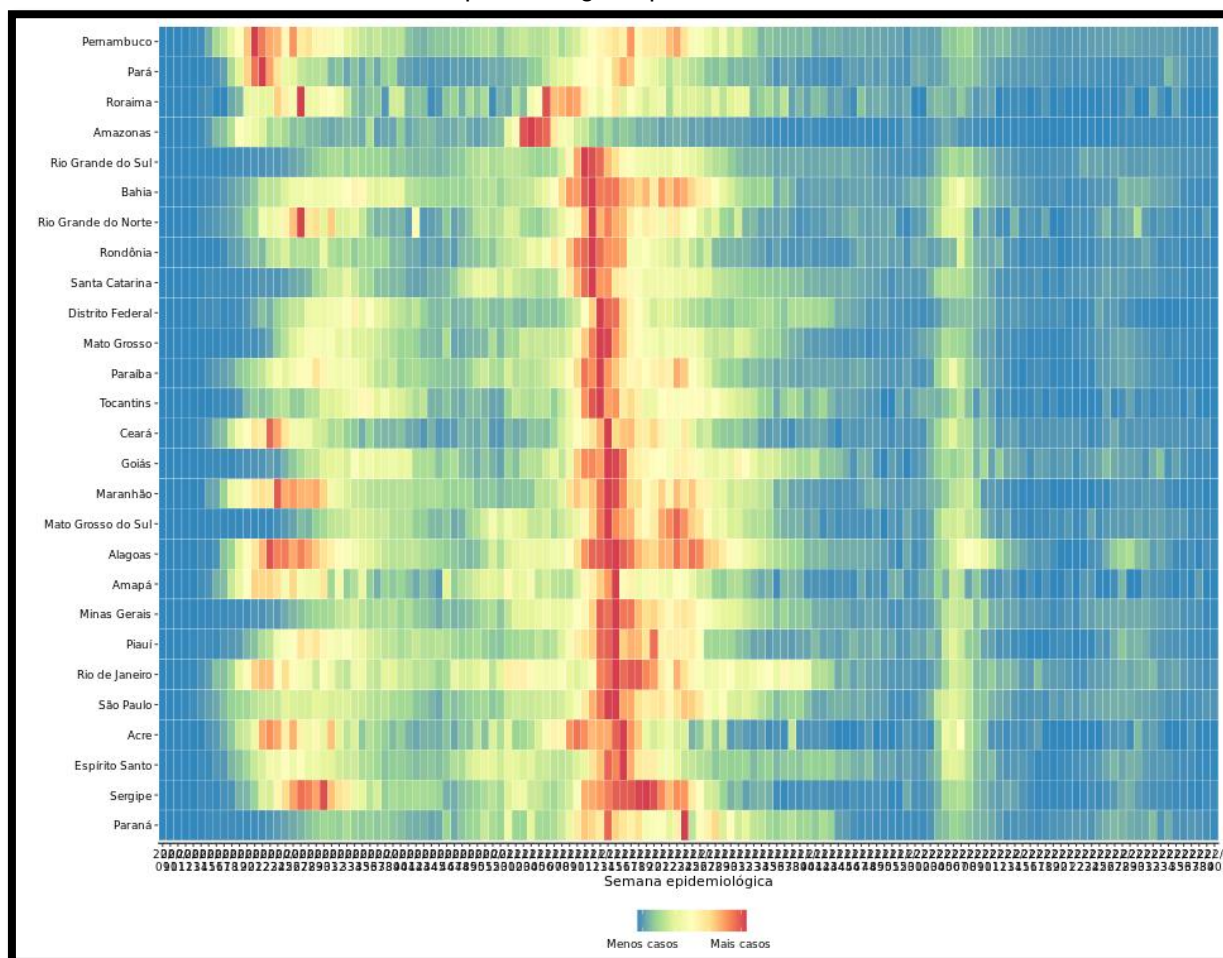
Figura 2: Linha do tempo de principais marcos da pandemia de covid-19 no Maranhão



Nota: ondas definidas segundo médias de mortes da Figura 3 (FIOCRUZ, 2022)

Fonte: autoria própria com base nos dados do texto da pesquisa

Figura 3: Linhas do tempo para óbitos por covid-19 nos estados brasileiros, representando as semanas epidemiológicas por linhas de calor.



Fonte: FIOCRUZ, 2022

7.3.2 Impactos da pandemia de covid-19 na abordagem do câncer de mama

Não apenas a assistência oncológica, mas todo o sistema de saúde mundial e brasileiro sofreu impactos devido à pandemia de covid-19. No primeiro ano da pandemia, dados evidenciam que o SUS teve reduções em seus atendimentos em diversos serviços: 42,6% dos procedimentos de triagens, 28,9% dos diagnósticos, 42,5% das consultas médicas, 59,7% das cirurgias de baixa e média complexidade, 27,9% das cirurgias de alta complexidade, 44,7% dos transplantes e 19,1% dos tratamentos e procedimentos clínicos por lesões de causas externas (Bigoni et al., 2022).

No contexto oncológico mamário, estudo brasileiro que avaliou o impacto do ano 2020, primeiro ano da pandemia de covid-19, na realização da cobertura mamográfica no país, evidenciou que houve um aumento no número de mulheres que realizaram o exame por apresentarem nódulos palpáveis, em vez de apenas por

rastreamento. Foi estimada a não realização de 800.000 mamografias nesse período, o que impactaria em aproximadamente 4.000 casos de câncer de mama não diagnosticados até o final do ano (Bessa, 2021). Esse represamento de diagnósticos tende a aumentar o número de casos avançados a serem diagnosticados posteriormente, piorando o prognóstico das pacientes e onerando o sistema de saúde (Ramos et al., 2021).

De acordo com revisão integrativa de Vieira e colaboradores (2021), a pandemia de covid-19 impactou a assistência oncológica, gerando dificuldades na prestação da assistência e impactos na saúde mental dos profissionais e pacientes. Em relação ao processo de trabalho, os autores citaram algumas situações que afetaram: a realocação dos recursos humanos para suprir a grande demanda hospitalar; o estabelecimento de critérios de prioridade para utilização de medicamentos e materiais; a intensificação da higienização nos ambientes físicos; a escassez de exames de diagnóstico para a covid-19 e a carência de equipamentos de proteção individual (EPI). Esses fatores culminaram em adoecimento mental dos profissionais em vários graus, com quadros ansiosos e depressivos relacionados ao medo de adoecer ou morrer, transmitir a covid-19 para familiares, ser demitido após ser isolado, perder pessoas próximas e ao sentimento de impotência diante dos acontecimentos epidemiológicos. Além disso, a exposição contínua às informações da pandemia nos noticiários, o estresse laboral ocasionado pela superlotação, o elevado número de óbitos nas unidades de saúde e a morte de companheiros de trabalho levaram à exaustão e, muitas vezes, ao esgotamento emocional e síndrome de *burnout*.

Os usuários dos sistemas de saúde oncológica também vivenciaram experiências que potencializaram os agravantes naturais próprios do câncer, como preocupação, medo e restrição social, devido às medidas de proteção e controle contra a covid-19. Houve impactos na rotina terapêutica desses pacientes, com adiamento de cirurgias eletivas em alguns momentos, distanciamento de cadeiras nos setores de espera, suspensão de visitas hospitalares e de acompanhantes em alguns setores, além de avaliação de protocolos de radioterapia de curta duração e com menores ciclos, discussão de prescrição de quimioterapia ou hormonioterapia ambulatorial oral em vez de protocolos que exigiam internação e/ou infusão venosa e implementação de alguns serviços por telemedicina (Vieira et al., 2021; Oliveira;

Ribeiro, 2021; Thompson et al., 2020; Martí e Sánchez-Méndez, 2020; Park et al., 2021).

Especificamente sobre as cirurgias eletivas, protocolos foram instituídos e atualizados, como a testagem pré-operatória com o exame RT-PCR e o adiamento do procedimento cirúrgico após contágio de covid-19, variando de 4 a 12 semanas conforme *status* clínico do indivíduo (ANVISA, 2021).

A literatura explora também aspectos subjetivos das vivências do câncer de mama durante a pandemia de covid-19, enfatizando os desafios e também aprendizados, como adaptações no enfrentamento e cuidado da doença (Souza et al., 2020).

Nos últimos anos, alguns autores têm proposto a compreender a pandemia de covid-19 não apenas como um evento epidemiológico isolado, mas como parte de um fenômeno mais amplo descrito como *sindemia*. O conceito, originalmente desenvolvido por Singer (2021), refere-se à interação sinérgica entre duas ou mais condições de saúde em um contexto de vulnerabilidades sociais, potencializando seus efeitos negativos sobre populações e sistemas de saúde. Nesse sentido, a pandemia de covid-19 passou a ser interpretada como um processo que interage com outras doenças e agravos preexistentes, agravando desigualdades e impactando o cuidado de condições crônicas e tempo-dependentes, como o câncer de mama. Assim, compreender os efeitos da pandemia sobre a assistência oncológica exige considerar não apenas a dinâmica da infecção viral, mas também as interações entre diferentes problemas de saúde e os contextos sociais e institucionais nos quais se inserem.

7.4 Tecnologias digitais na saúde: mediações, telessaúde e redes sociais

A incorporação de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) nos serviços de saúde vem redesenhando rotinas clínicas, fluxos de informação e vínculos terapêuticos. A OMS define Saúde Digital como o uso seguro e custo-efetivo de TIC para apoiar promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão em saúde, ressaltando o papel dessas tecnologias na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade da assistência e na promoção da equidade em sistemas de saúde (WHO, 2021).

Nas últimas décadas, a expansão das tecnologias digitais passou a influenciar não apenas a organização dos serviços, mas também as formas de

interação entre profissionais e usuários, os modos de circulação do conhecimento médico e as expectativas sociais em torno do cuidado. A digitalização da saúde envolve desde sistemas de informação hospitalar e prontuários eletrônicos até plataformas de comunicação síncronas e assíncronas, redes sociais e aplicativos móveis voltados ao monitoramento de condições clínicas, fenômeno que tem sido descrito como parte da transformação digital dos sistemas de saúde (WHO, 2021).

Esse processo se intensificou particularmente durante a pandemia de covid-19, quando restrições de circulação e medidas de distanciamento social estimularam a rápida adoção de ferramentas digitais para manter a continuidade da assistência. Nesse contexto, tecnologias como videoconferências, aplicativos de mensagens e plataformas de teleatendimento passaram a integrar o cotidiano de profissionais e pacientes, transformando práticas clínicas e ampliando as possibilidades de comunicação no cuidado em saúde.

Ao mesmo tempo, a crescente digitalização da assistência levanta questões importantes relacionadas à regulação, à ética profissional, à proteção de dados e às desigualdades no acesso às tecnologias. Assim, compreender o papel das TIC na saúde implica analisar não apenas seus potenciais benefícios, mas também as mediações sociotécnicas que elas introduzem na prática clínica e na organização dos sistemas de saúde.

7.4.1 *Telessaúde e telemedicina*

No Brasil, o arcabouço normativo relacionado ao uso de tecnologias digitais na assistência em saúde avançou significativamente nos últimos anos, especialmente a partir das experiências acumuladas durante a pandemia de covid-19. A Lei nº 14.510/2022 consolidou a regulamentação da telessaúde no país, autorizando sua prática em todo o território nacional e definindo-a como “o exercício de todas as profissões da saúde, mediado por Tecnologias da Informação e Comunicação” (Brasil, 2022c).

A legislação reconhece diferentes modalidades de telessaúde, entre elas teleconsulta, teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento e segunda opinião formativa. Essas práticas ampliam possibilidades de acesso à assistência e de compartilhamento de conhecimento entre profissionais, especialmente em contextos de desigualdade territorial ou escassez de especialistas. Ao mesmo tempo, a lei

estabelece requisitos importantes para garantir a segurança do cuidado, como o registro das interações em prontuário e a obtenção do consentimento informado do paciente.

No âmbito específico da prática médica, a telemedicina foi regulamentada pela Resolução CFM nº 2.314/2022. O documento define as diferentes modalidades de atendimento remoto e estabelece critérios para identificação dos participantes, proteção do sigilo profissional e garantia de condições adequadas de infraestrutura tecnológica. A resolução também reforça um princípio central: o atendimento remoto deve ser entendido como complementar à consulta presencial, e não como seu substituto absoluto, preservando a centralidade da avaliação clínica direta quando necessária (CFM, 2022).

Dessa forma, o marco regulatório brasileiro busca equilibrar a incorporação de tecnologias digitais com a preservação de princípios éticos tradicionais da prática médica, como autonomia profissional, confidencialidade e responsabilidade clínica. Ao colocar o paciente no centro das decisões assistenciais, essas normas procuram garantir que a adoção da telessaúde ocorra de maneira segura, ética e alinhada às necessidades reais de cuidado.

7.4.2 *Mediação tecnológica no cuidado*

Do ponto de vista teórico, tecnologias não devem ser compreendidas apenas como instrumentos neutros utilizados para facilitar tarefas previamente definidas. Diversos autores das ciências sociais argumentam que dispositivos tecnológicos participam ativamente da configuração das práticas sociais, influenciando modos de interação, distribuição de poder e produção de sentidos.

Na perspectiva da Teoria Ator-Rede, desenvolvida por autores como Bruno Latour, humanos e não-humanos compõem redes heterogêneas de relações nas quais objetos técnicos também atuam como mediadores de ações e significados (Latour, 2005; Akrich, 1992). Nessa abordagem sociotécnica, tecnologias digitais não são meros suportes de comunicação, mas elementos que reorganizam as associações entre profissionais, pacientes, instituições e conhecimentos médicos.

Aplicada ao campo da saúde, essa perspectiva permite compreender como ferramentas aparentemente simples, como plataformas de videoconferência,

aplicativos de mensagens ou sistemas de envio de exames, podem reconfigurar temporalidades, espaços e hierarquias no cuidado (Latour, 2005).

Por exemplo, o ícone de “ligar câmera” em uma teleconsulta ou o botão “enviar exame” em um aplicativo de mensagens não apenas facilitam a comunicação, mas também redefinem quem controla o fluxo de informações, como se organiza o tempo da consulta e quais elementos da interação clínica se tornam visíveis ou invisíveis. Esses elementos ilustram como dispositivos técnicos participam ativamente da configuração das práticas sociais, atuando como mediadores nas redes sociotécnicas que estruturam o cuidado em saúde (Latour, 2005).

No contexto da Saúde Coletiva brasileira, Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem que tecnologias participam do chamado “quadrilátero da formação em saúde”, composto pelas dimensões ensino, serviço, gestão e controle social. Segundo essa perspectiva, tecnologias interferem na produção de saberes, nas formas de organização do trabalho e nos processos de subjetivação dos profissionais de saúde.

Durante a pandemia de covid-19, essas mediações tornaram-se particularmente visíveis. Muitos profissionais passaram a articular diferentes ferramentas digitais, como videoconferências, e-mails, aplicativos de mensagens instantâneas e prontuários eletrônicos, para manter a continuidade do cuidado. Essas estratégias revelam como a prática clínica contemporânea se organiza cada vez mais em redes sociotécnicas complexas, nas quais tecnologias e atores humanos participam conjuntamente da produção do cuidado.

A ampliação dessas mediações tecnológicas contribuiu para um processo que, neste estudo, é compreendido como virtualização do cuidado. Trata-se da incorporação crescente de ambientes, dispositivos e interações digitais às práticas assistenciais, produzindo transformações nos modos de comunicação, na circulação de informações e na organização do trabalho em saúde. Mais do que a simples substituição de encontros presenciais por recursos tecnológicos, a virtualização envolve a reconfiguração das relações entre profissionais, pacientes, instituições e conhecimentos médicos. Essa compreensão dialoga com a perspectiva sociotécnica de Latour (2005), segundo a qual tecnologias participam ativamente da constituição das práticas sociais, com as contribuições de Ceccim e Feuerwerker (2004) acerca da influência das tecnologias na formação e nos processos de trabalho em saúde, e com a concepção de Merhy (2002) de que o cuidado é produzido no encontro entre sujeitos, ainda que esse encontro passe a ocorrer, parcial ou integralmente, por

mediações tecnológicas. Nesse contexto, o cuidado passa a ser produzido em arranjos híbridos, nos quais interações presenciais e digitais coexistem e se articulam de formas cada vez mais complexas.

7.4.3 *Redes sociais digitais como ecossistemas de informação*

As redes sociais digitais constituem atualmente um importante espaço de circulação de informações, formação de vínculos e construção de identidades coletivas. De acordo com Recuero (2009), essas redes podem ser compreendidas como estruturas de sociabilidade online compostas por atores, conexões e fluxos de informação, nas quais conteúdos, interações e algoritmos modulam a visibilidade das mensagens e o alcance das interações.

Para Castells (2013), esse fenômeno insere-se em um contexto mais amplo de transformação social caracterizado pela emergência da chamada “sociedade em rede”. Nesse modelo, fluxos de informação mediados por tecnologias digitais passam a desempenhar papel central na organização da vida social, influenciando desde movimentos políticos e culturais até práticas cotidianas de comunicação e produção de conhecimento.

No campo da saúde, as redes sociais digitais têm se consolidado como espaços relevantes para disseminação de informações médicas, educação em saúde e mobilização de comunidades de pacientes. Profissionais de saúde, instituições e organizações da sociedade civil utilizam essas plataformas para divulgar conteúdos educativos, esclarecer dúvidas e ampliar o alcance de campanhas de prevenção.

No contexto do câncer de mama, perfis de médicos, associações de pacientes e instituições de saúde frequentemente atuam como extensões simbólicas do consultório, contribuindo para ampliar o acesso a informações sobre diagnóstico, tratamento e prevenção. Ao mesmo tempo, a circulação de conteúdos em redes sociais pode gerar desafios importantes, como a propagação de desinformação, a exposição excessiva de profissionais e pacientes e o aumento da ansiedade entre usuários que buscam interpretar informações médicas fora do contexto clínico.

Assim, as redes sociais digitais constituem um ecossistema informacional complexo, no qual oportunidades de democratização do conhecimento convivem com riscos relacionados à qualidade das informações, à ética profissional e às dinâmicas algorítmicas que regulam a visibilidade dos conteúdos.

7.4.4 Plataformas digitais e lógica de intermediação

Telessaúde, telemedicina e redes sociais operam sobre plataformas digitais que funcionam como infraestruturas de intermediação entre diferentes grupos de usuários, coletam grandes volumes de dados e estruturam novos modelos de organização econômica e social. Essas plataformas não apenas facilitam a comunicação entre profissionais e pacientes, mas também reorganizam mercados, práticas profissionais e formas de produção de conhecimento.

Srnicek (2017) descreve esse fenômeno como “capitalismo de plataforma”, no qual empresas baseiam seus modelos de negócio na coleta, análise e monetização massiva de dados. Nesse contexto, dados produzidos pelas interações digitais tornam-se recurso estratégico, permitindo a criação de sistemas de recomendação, análise preditiva e personalização de serviços.

Van Dijck (2013) complementa essa análise ao argumentar que as plataformas digitais incorporam uma “cultura da conectividade”, na qual práticas de vigilância, monetização de dados e governança algorítmica tornam-se progressivamente naturalizadas. Algoritmos passam a influenciar desde a organização dos fluxos de informação até a priorização de conteúdos e interações, moldando a experiência dos usuários nesses ambientes digitais.

No campo da saúde, essa lógica levanta questões importantes para sistemas públicos como o SUS. Muitas plataformas digitais utilizadas na prestação de serviços de saúde são desenvolvidas por empresas privadas e estruturadas a partir de modelos orientados por dados (*data-driven*), o que pode gerar tensões entre interesses comerciais e princípios de políticas públicas (Srnicek, 2017).

Além disso, surgem desafios relacionados à interoperabilidade entre sistemas, à governança dos dados de saúde e à proteção da privacidade dos pacientes. A circulação de informações sensíveis em ambientes digitais exige mecanismos robustos de segurança e regulamentação que garantam o uso ético desses dados. Nesse cenário, torna-se fundamental discutir quem controla as infraestruturas digitais que mediam a assistência em saúde e de que forma essas tecnologias podem ser alinhadas aos princípios de universalidade, integralidade e equidade que estruturam o SUS (Catapan et al., 2024; Van Dijck, 2013).

Essas questões indicam que a incorporação de tecnologias digitais na saúde não é apenas um fenômeno técnico, mas também político e social, exigindo

políticas públicas e estratégias de governança capazes de assegurar que a inovação tecnológica contribua para fortalecer, e não fragilizar, os sistemas de saúde.

7.5 Perspectivas sociológicas para a análise da assistência em saúde

A pandemia de covid-19 foi amplamente descrita a partir de indicadores epidemiológicos, taxas de transmissão e mortalidade. No entanto, para além dessas dimensões biomédicas, a experiência da pandemia também envolveu processos sociais de interpretação e produção de significados. A covid-19 foi socialmente significada por meio de narrativas e interpretações construídas no cotidiano, evidenciando que a gravidade da doença não se restringiu ao plano biomédico, mas envolveu processos sociais de atribuição de sentido (Marques et al., 2023).

Nesse contexto, compreender os impactos da pandemia sobre a assistência em saúde exige considerar não apenas indicadores epidemiológicos ou alterações nos fluxos assistenciais, mas também os significados atribuídos pelos sujeitos às experiências vividas nesse período. À luz da Sociologia Compreensiva, os relatos não são tomados apenas como descrições factuais da assistência, mas como expressões de sentidos socialmente construídos sobre adoecimento, trabalho médico e instituições de saúde (Minayo, 2014; Freidson, 1988).

A análise das transformações observadas na assistência em saúde, especialmente em contextos de crise sanitária e de incorporação de novas tecnologias, pode ser enriquecida por aportes teóricos das ciências sociais. A sociologia da saúde tem destacado que as práticas médicas e a organização dos serviços de saúde não se configuram apenas como processos técnicos, mas como fenômenos sociais permeados por valores, relações institucionais e estruturas de poder. Nesse sentido, compreender as dinâmicas do cuidado exige considerar os significados atribuídos ao adoecimento, às práticas profissionais e às instituições de saúde no interior de contextos históricos e sociais específicos (Minayo, 2014).

A partir da sociologia das profissões, Freidson (1988) destaca que a medicina constitui um campo profissional dotado de relativa autonomia, no qual saberes especializados, normas institucionais e relações de autoridade organizam a prática do cuidado. Essa perspectiva permite compreender como decisões clínicas e arranjos institucionais são produzidos no interior de um sistema de relações sociais que envolve profissionais, pacientes e organizações de saúde.

Essa perspectiva interpretativa também dialoga com contribuições do interacionismo simbólico, especialmente no que se refere à compreensão do *self* como construção social. Desenvolvida a partir das reflexões de George Herbert Mead (1934), essa abordagem destaca que identidades e papéis sociais se constituem nas interações entre indivíduos e nos significados compartilhados no contexto social. Assim, práticas profissionais, percepções sobre o adoecimento e interpretações sobre situações de crise sanitária não são produzidas apenas no plano individual, mas emergem de processos interativos mediados por valores culturais, normas institucionais e experiências coletivas. Nesse sentido, as narrativas dos profissionais de saúde podem ser compreendidas como interpretações socialmente situadas de sua prática e de seu papel no interior das instituições de cuidado.

No campo da saúde coletiva brasileira, Merhy (2002) propõe compreender o processo de trabalho em saúde a partir da articulação entre diferentes tipos de tecnologias. Para o autor, o cuidado em saúde envolve não apenas tecnologias duras, associadas a equipamentos e protocolos, mas também tecnologias leves e leve-duras, que dizem respeito ao conhecimento técnico e à dimensão relacional do encontro entre profissionais e usuários. Essa perspectiva ressalta que o cuidado se produz no encontro entre sujeitos, sendo marcado por interações, negociações e vínculos que não podem ser reduzidos à dimensão estritamente tecnológica da assistência.

A análise das práticas de cuidado também pode ser ampliada a partir das contribuições de Michel Foucault (2013), especialmente por meio do conceito de biopoder. Segundo o autor, as sociedades contemporâneas desenvolveram formas de gestão da vida que se apoiam na produção de saberes especializados e na organização de dispositivos institucionais voltados à regulação dos corpos e das populações. No campo da saúde, tais processos se manifestam por meio de normas, protocolos e dispositivos técnicos que orientam práticas profissionais e condutas individuais, articulando cuidado, vigilância e regulação da vida social.

As transformações contemporâneas da prática médica também podem ser analisadas à luz das contribuições de Pierre Bourdieu. A partir dos conceitos de campo, *habitus* e capital, o autor destaca que as práticas profissionais são moldadas por disposições socialmente construídas e por disputas simbólicas no interior de campos sociais específicos (Bourdieu, 2007a; 2007b). No campo da saúde, tais dinâmicas se expressam na valorização de determinados saberes, trajetórias formativas e posições institucionais, que conferem diferentes níveis de prestígio e

reconhecimento aos profissionais. Em contextos marcados pela intensificação das mediações tecnológicas e pela expansão das redes digitais, essas dinâmicas passam a incorporar novas formas de visibilidade, interação e circulação de conhecimentos. Nesse cenário, a autoridade profissional e as formas tradicionais de construção da legitimidade médica podem ser tensionadas por lógicas de exposição pública, conectividade e circulação ampliada de informações.

Reflexões contemporâneas sobre subjetividade e relações sociais também contribuem para compreender essas transformações. Judith Butler (2003) destaca que identidades e papéis sociais são continuamente produzidos nas interações, enfatizando a dimensão performativa das relações sociais. Essa perspectiva permite compreender como as práticas de cuidado e as interações entre médicos e pacientes podem ser reconfiguradas em ambientes mediados por tecnologias digitais.

Embora Judith Butler tenha desenvolvido o conceito de performatividade no campo da teoria social e dos estudos de gênero, sua formulação oferece uma chave analítica relevante para compreender as transformações contemporâneas das relações de cuidado mediadas por tecnologias digitais. Diferentemente da noção de performance, que se refere a um ato ou comportamento específico realizado por um sujeito, a performatividade diz respeito ao processo pelo qual identidades e papéis sociais são produzidos e estabilizados por meio da repetição de práticas sociais ao longo do tempo (Butler, 2003).

Nesse sentido, a autoridade médica e as formas de interação entre profissionais e pacientes não são apenas atributos individuais, mas construções sociais que se consolidam nas práticas cotidianas do cuidado. Em contextos de assistência mediada por tecnologias digitais, como na telemedicina, muitos dos elementos tradicionalmente associados ao encontro clínico presencial, como o toque, a observação direta e o ambiente institucional do consultório, são transformados ou deslocados para interfaces tecnológicas. Nessas circunstâncias, médicos e pacientes passam a renegociar gestos, formas de escuta e modos de presença, produzindo novas configurações performativas do cuidado no ambiente digital.

Por sua vez, Bauman (2001) propõe compreender as sociedades contemporâneas a partir da ideia de modernidade líquida, caracterizada por vínculos mais flexíveis, informações em circulação acelerada e transformações constantes nas formas de pertencimento social. No campo da saúde, tais mudanças podem

influenciar tanto a circulação do conhecimento quanto as formas de interação entre profissionais e usuários dos serviços.

Nesse contexto, alguns autores têm destacado que a incorporação de tecnologias digitais na prática profissional pode produzir novas configurações de capital social e cultural no interior dos campos profissionais. A familiaridade com ferramentas digitais, a inserção em redes virtuais e a capacidade de circulação em ambientes digitais passam a constituir recursos que podem ampliar oportunidades de visibilidade e reconhecimento profissional, configurando o que alguns autores têm denominado de “capital digital” (Verwiebe e Hagemann, 2024).

A partir dessas perspectivas teóricas, torna-se possível compreender a assistência em saúde como um campo dinâmico, no qual práticas profissionais, tecnologias e relações sociais se articulam na produção do cuidado.

8 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um projeto integrante do estudo guarda-chuva intitulado "A pandemia da COVID-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS", o qual foi desenvolvido mediante o percurso metodológico descrito abaixo.

8.1 Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos propostos, optou-se por um estudo qualitativo, de caráter exploratório. Para compreender as repercussões da pandemia de covid-19 no trabalho dos profissionais, optamos por essa metodologia por entendê-la como capaz de abranger o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e valores em um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2014). Além disso, essa metodologia explora as informações de natureza subjetiva, buscando o entendimento dos significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, práticas e fenômenos sociais (Minayo, 2016).

Segundo Yin (2016, p. 7), cinco características delineiam a pesquisa qualitativa:

Estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real; representar as opiniões e perspectivas das pessoas de um estudo; abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; contribuir com

revelações sobre os conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte.

8.2 Cenário de estudo

O estudo foi realizado no Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), um hospital mantido pela Fundação Antonio Dino (FAD), com atendimentos públicos (SUS) e privados (particulares e por convênios de saúde), localizado em São Luís – Maranhão.

As primeiras instalações do hospital são datadas de 1958, com ampliações sucessivas ao longo das décadas. A estrutura atual dessa unidade de saúde conta com área de 8.145,19 m² e 175 leitos de internação, onde são diagnosticados mais de 3.500 casos novos de câncer ao ano, o que representa mais de 50% do número de casos esperados para o estado (FAD, 2022).

O HCAB oferece assistência oncológica a adultos e crianças, com uma média de 20.000 atendimentos anuais, incluindo atendimentos e internações eletivos e de emergência, procedimentos cirúrgicos, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, iodoterapia e outras modalidades terapêuticas para diferentes sítios tumorais. São realizadas, ao ano, mais de 56.756 consultas, 896 cirurgias, 30.141 quimioterapias e 6.025 radioterapias. Além da assistência, o hospital conta com serviços de residência médica em Mastologia e Cirurgia Oncológica e com um Centro de Estudos que apoia pesquisas realizadas na instituição (FAD, 2022).

8.3 Sujeitos da pesquisa

A população do estudo é composta por médicos atuantes no diagnóstico, tratamento ou acompanhamento de pacientes com câncer de mama no HCAB durante a pandemia de covid-19, com experiência mínima de um ano no serviço à época da coleta, nos setores público e/ou privado. Foram excluídos profissionais que permaneceram afastados de forma prolongada das atividades assistenciais durante período relevante da pandemia, impossibilitando a vivência do fenômeno investigado, bem como aqueles que não responderam após três tentativas de contato.

Entre os participantes, 15 entrevistados relataram ter sido diagnosticados com covid-19 durante a pandemia, enquanto três afirmaram não ter contraído a infecção. Nos casos em que houve diagnóstico, os profissionais permaneceram

temporariamente afastados das atividades assistenciais apenas durante o período recomendado pelos protocolos institucionais vigentes à época, geralmente entre cinco e dez dias, retornando posteriormente às suas atividades. Assim, tais afastamentos não configuraram desligamento prolongado das atividades profissionais no serviço investigado.

A partir da identificação dos participantes do estudo que atendiam aos critérios acima, a amostra foi definida intencionalmente, buscando contemplar a diversidade das situações encontradas. Não coletamos dados dos profissionais que não concordaram ou desistiram de participar do estudo. Para o fechamento amostral, utilizou-se a técnica de saturação de sentidos, entendida como a interrupção da coleta de dados quando os relatos passam a apresentar recorrência de temas e significados, sem acréscimo de novas informações relevantes para a compreensão do objeto estudado, atendendo aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Minayo, 2017). A saturação foi observada a partir da 17ª entrevista, quando se verificou repetição dos conteúdos e dos sentidos atribuídos ao fenômeno investigado, sem o surgimento de novos elementos analíticos.

O projeto de pesquisa que deu origem a este estudo foi inicialmente estruturado para contemplar diferentes atores envolvidos na assistência oncológica, incluindo médicos, outros profissionais da saúde e pacientes. No entanto, a primeira etapa de coleta de dados foi realizada com médicos, e o conjunto de entrevistas obtido revelou-se suficientemente rico para sustentar a análise proposta nesta tese. Dessa forma, o presente trabalho concentrou-se nesse grupo de participantes, enquanto a investigação com outros profissionais e pacientes poderão ser desenvolvidos em estudos futuros.

8.4 Técnica e instrumentos de pesquisa

A técnica utilizada para obtenção dos dados foi a entrevista semiestruturada. Para identificação da amostra foram utilizados questionários sociodemográficos, de formação e atuação profissional (Apêndice A).

Para as entrevistas, utilizou-se como instrumento um roteiro com questões norteadoras sobre as vivências ao diagnosticar e tratar o câncer de mama durante a pandemia de covid-19 (Apêndice B). A entrevista semiestruturada associou perguntas

fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema, no entanto, sem fixar-se aos questionamentos elaborados (Minayo, 2016).

Ressaltamos que as perguntas em entrevistas qualitativas precisam ser sensíveis e claras para o entrevistado, iniciando com questões de suposta maior facilidade para o entrevistado e, só então, passar aos tópicos mais difíceis ou delicados. Para isso, os instrumentos de roteiro das entrevistas continham questões norteadoras centrais, mas outras questões acessórias surgiram ao longo da conversa, assim como algumas questões foram omitidas conforme o desenrolar da entrevista. As perguntas foram conduzidas em torno de alguns dos princípios de construção de boas perguntas na pesquisa qualitativa na atenção à saúde, em busca de: comportamentos, experiências, opiniões, crenças, sentimentos, conhecimentos e sensações (Pope e Mays, 2009).

8.5 Procedimentos de construção de dados

A coleta de dados foi realizada após aprovação nas instâncias éticas. Abordamos os profissionais elegíveis no campo e nos apresentamos, esclarecendo o objetivo do estudo. Em seguida, convidamos os participantes a integrarem a pesquisa e apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para entendimento e assinatura. Essa abordagem teve o objetivo de buscar diversidades de gênero, idade e tempo de serviço na especialidade médica. A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto de 2023.

A inserção no campo para seleção dos primeiros profissionais entrevistados foi planejada com base na inserção no ambiente hospitalar e observação direta da assistência oncológica, utilizando como base uma rede de contatos pessoais e profissionais inicialmente. Após as primeiras entrevistas, pedimos que os profissionais indicassem colegas e conhecidos que poderiam contribuir com a pesquisa relatando sobre suas experiências durante a pandemia, buscando paralelamente alcançar a diversidade relativa aos dados anteriormente citados e utilizando a técnica de bola de neve nessa cadeia de referências (Vinuto, 2014). Os entrevistados foram contatados por telefone, conforme roteiro planejado (Apêndice C).

As entrevistas foram individuais, realizadas prioritariamente em local reservado, no ambiente hospitalar ou externo, conforme a melhor comodidade aos entrevistados. Dos 18 profissionais, 7 entrevistados preferiram entrevistas por meio

digital através de aplicativos que permitiam a comunicação síncrona com áudio e vídeo. Os participantes foram estimulados a verbalizarem livremente sobre suas experiências e percepções do contexto oncológico mamário durante a pandemia do covid-19. Para garantir a fidedignidade dos relatos, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, obedecendo um procedimento baseado em seis etapas: preparar, conhecer, escrever, editar, rever e finalizar.

As entrevistas totalizaram aproximadamente 8 horas e 13 minutos de gravação. Após transcritas as entrevistas, para garantir o sigilo necessário ao estudo, os participantes foram identificados pela letra “M”, seguido de numeração crescente conforme a ordem das entrevistas realizadas.

Como doutoranda pesquisadora deste projeto e médica mastologista do HCAB há mais de 5 anos, há o benefício da proximidade dos profissionais pesquisados que participaram das entrevistas. No entanto, foi necessário moderado distanciamento das relações pessoais para lidar com o que Malinowski (1922) nomeia de “os imponderáveis da vida real”, como as situações cotidianas sutis mas cheias de significados, que a própria experiência no campo pode omitir dos sentidos por naturalizar. Entretanto, “a relação entre o investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo, face a face e a empatia entre ambos” (Minayo, 2014, p. 100).

A coleta de dados foi realizada integralmente por mim, visando garantir unidade na condução das entrevistas (Yin, 2016) e coerência em relação ao arcabouço teórico que fundamentou o diálogo com os participantes, além de preservar as pactuações e interações construídas ao longo da pesquisa.

8.6 Análise de dados

Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática, descrita por Bardin (2011). Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Os dados coletados foram identificados por temas e núcleos de sentido, organizados a partir da identificação das palavras, frases e/ou parágrafos

representativos no corpus das transcrições realizadas (Bardin, 2011; Hsieh e Shannon, 2005; Minayo, 2012). Para tanto, os dados produzidos foram descritos e interpretados em três etapas:

1) Pré-análise: organização o material investigado a partir da retomada das hipóteses e dos objetivos da pesquisa. Foi realizada inicialmente a “leitura flutuante” para conhecer as impressões iniciais do material. Posteriormente, foram determinadas as unidades de significação e contexto, os recortes, a codificação e os conceitos gerais que orientaram a análise.

2) Exploração do material: feita a exploração do material a partir de operações de codificação, em função de regras previamente estabelecidas e a transformação dos dados brutos em dados organizados que permitiram atingir uma representação do conteúdo.

3) Tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação: feita a captação do conteúdo manifestado pelos entrevistados, através de uma análise comparativa com a literatura do referencial teórico que fundamenta a pesquisa.

O referencial analítico foi feito com o embasamento da Sociologia Compreensiva. As teorias compreensivas auxiliam na interpretação das relações entre a medicina e sociedade, privilegiando “a compreensão e a inteligibilidade como propriedade específicas dos fenômenos sociais” (Minayo, 2014, p. 95). Segundo essa teoria, “os fatos humanos não são suscetíveis de quantificação e de objetivação porque cada um deles tem sentido próprio e identidade peculiar” (Minayo, 2014, p. 96).

No campo das Ciências Sociais, Max Weber estabeleceu as bases teórico-metodológicas da Sociologia Compreensiva, com preceitos como: os fatos podem ter causas desconhecidas pelas ciências da natureza, portanto há a preocupação pela compreensão interpretativa das ações sociais, incluindo o comportamento humano e seus significados subjetivos (Minayo, 2014). Portanto:

Não existe uma análise da cultura absolutamente objetiva dos fenômenos sociais, independente dos pontos de vista especiais e parciais, segundo os quais, de forma explícita ou tácita, consciente ou subconsciente, aqueles são selecionados e organizados para propósitos expositivos (Minayo, 2014, p. 98).

Nesse contexto, assume-se a teoria de que os agentes sociais dão significados a suas práticas de formas variadas em realidades de interações sociais,

não sendo uma estrutura exterior aos indivíduos somente (Minayo, 2014; Bodstein, 1992). Ainda, ressalta-se que as subjetividades dos significados podem culminar em comportamentos diferentes, oriundas de diferentes motivos (Correia, 2013).

O processo interpretativo dialogou também com contribuições da sociologia contemporânea, especialmente de Pierre Bourdieu, permitindo compreender as práticas médicas como construções sociais atravessadas por relações de poder, capital simbólico e transformações tecnológicas.

8.7 Aspectos éticos

Considerando que foram solicitadas informações pessoais e profissionais dos participantes, embora os riscos fossem mínimos, reconhecemos que esta pesquisa pode ter originado desconfortos. Portanto, nos responsabilizamos por reduzir esses riscos, tendo ofertado as possibilidades de interromper ou adiar as entrevistas e garantindo sigilo, confidencialidade e apoio quando necessário. Caso fosse preciso, os profissionais poderiam ser encaminhados para atendimento psicológico da rede de saúde da cidade. Além disso, o participante poderia se retirar da pesquisa por qualquer questão que julgar cabível. Ressaltamos ainda que não houve despesa alguma ao participante de pesquisa.

Apesar do exposto, enfatizamos os benefícios da pesquisa, especialmente da possibilidade de os resultados ajudarem a conhecer melhor os efeitos da pandemia de covid-19 na assistência oncológica mamária, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos secundários negativos na tomada de condutas em outro possível momento futuro de crise sanitária.

Ressalto que atuo como médica mastologista no contexto investigado, compartilhando o mesmo campo profissional dos participantes. Essa posição foi considerada no processo analítico, demandando postura reflexiva contínua quanto às proximidades, às assimetrias simbólicas e aos possíveis efeitos de autoridade e reconhecimento na produção e na interpretação dos dados (Minayo, 2014). A inserção no campo, embora facilite o acesso e a compreensão das práticas, exige atenção às fronteiras entre experiência profissional e análise científica.

Este estudo é um braço de um projeto guarda-chuva intitulado: “A pandemia da covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade

Federal do Maranhão, CAAE nº. 35645120.9.0000.5086, com base na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo I). No entanto, devido o projeto inicial não ter descrito especificidades do cenário oncológico deste estudo, também enviamos nosso projeto para análise ética, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, CAAE nº. 68340223.5.0000.5087.

A condução e o relato da pesquisa seguiram as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), instrumento amplamente utilizado para qualificação de estudos qualitativos baseados em entrevistas.

O objetivo do estudo e tipo de entrevista foram explicados detalhadamente aos participantes e eles foram convidados a assinar o TCLE (Apêndice D), além de ter seu anonimato preservado.

9 RESULTADOS

9.1 Artigo 1

**Quando a pandemia de covid-19 expõe desigualdades estruturais:
assistência oncológica mamária nos setores público e privado em
São Luís – Maranhão**

Submetido à revista Trabalho, Educação e Saúde (TES)

(*Qualis* B1 – 2021-2024 – Saúde Coletiva)

Quando a pandemia de covid-19 expõe desigualdades estruturais: assistência oncológica mamária nos setores público e privado em São Luís – Maranhão

When the COVID-19 pandemic exposes structural inequalities: breast cancer care in the public and private sectors in São Luís, Maranhão, Brazil

Cuando la pandemia de covid-19 expone desigualdades estructurales: la atención oncológica mamaria en los sectores público y privado en São Luís, Maranhão, Brasil

RESUMO

Objetivou-se analisar as vivências de médicos acerca das repercussões dos diferentes momentos da pandemia de covid-19 na assistência oncológica mamária nos setores público e privado em São Luís – Maranhão. Trata-se de estudo exploratório, de abordagem qualitativa, baseado em entrevistas semiestruturadas com 18 médicos envolvidos no cuidado ao câncer de mama, cujos dados foram submetidos à análise de conteúdo, na modalidade temática. A análise foi organizada em três eixos temporais — pré-pandemia, durante a pandemia e pós-pandemia. No período pré-pandêmico, evidenciaram-se desigualdades entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor privado, especialmente no acesso ao diagnóstico e às terapias. Durante a pandemia, ambos os setores enfrentaram desafios logísticos, queda na demanda, adiamento de procedimentos e adaptações em protocolos e na comunicação com pacientes, sendo a primeira onda marcada por desorganização assistencial e incertezas. No período pós-pandêmico, a vacinação trouxe maior estabilidade, embora persistissem disparidades no acesso e na continuidade do cuidado. Concluiu-se que a pandemia tensionou a assistência oncológica e acentuou desigualdades estruturais entre os setores público e privado, indicando que crises sanitárias amplificam barreiras pré-existentes no acesso ao cuidado e produzem efeitos que ultrapassam o período agudo da emergência epidemiológica.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; COVID-19; Assistência Médica; Sistema Único de Saúde; Saúde Suplementar.

ABSTRACT

This study aimed to analyze physicians' experiences regarding the repercussions of different phases of the COVID-19 pandemic on breast cancer care in the public and private sectors in São Luís, Maranhão, Brazil. This is an exploratory qualitative study based on semi-structured interviews conducted with 18 physicians involved in breast cancer care. Data were analyzed using thematic content analysis. The findings were organized into three temporal axes — pre-pandemic, during the pandemic, and post-pandemic. In the pre-pandemic period, inequalities between the Brazilian Unified Health System (SUS) and the private sector were evident, particularly in access to diagnosis and therapies. During the pandemic, both sectors faced logistical challenges, reduced demand, postponement of procedures, and adaptations in protocols and patient communication, with the first wave marked by care disruption and uncertainty. In the post-pandemic period, vaccination brought greater stability, although disparities in access and continuity of care persisted. The study concludes that the pandemic strained oncological care and intensified structural inequalities between public and private sectors, suggesting that health crises amplify pre-existing

barriers to access and generate effects that extend beyond the acute phase of the epidemiological emergency.

Keywords: Breast Neoplasms; COVID-19; Medical Assistance; Unified Health System; Supplemental Health.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar las vivencias de médicos sobre las repercusiones de los distintos momentos de la pandemia de COVID-19 en la atención oncológica mamaria en los sectores público y privado en São Luís, Maranhão, Brasil. Se trata de un estudio exploratorio de enfoque cualitativo, basado en entrevistas semiestructuradas realizadas con 18 médicos involucrados en el cuidado del cáncer de mama. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido en su modalidad temática. El análisis se organizó en tres ejes temporales — pre-pandemia, durante la pandemia y pospandemia. En el período previo a la pandemia se evidenciaron desigualdades entre el Sistema Único de Salud (SUS) y el sector privado, especialmente en el acceso al diagnóstico y a las terapias. Durante la pandemia, ambos sectores enfrentaron desafíos logísticos, disminución de la demanda, aplazamiento de procedimientos y adaptaciones en protocolos y en la comunicación con los pacientes, siendo la primera ola marcada por desorganización asistencial e incertidumbre. En el período pospandémico, la vacunación trajo mayor estabilidad, aunque persistieron disparidades en el acceso y en la continuidad del cuidado. Se concluye que la pandemia tensionó la atención oncológica y acentuó desigualdades estructurales entre los sectores público y privado, indicando que las crisis sanitarias amplifican barreras preexistentes en el acceso al cuidado y producen efectos que trascienden el período agudo de la emergencia epidemiológica.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; COVID-19; Asistencia Médica; Sistema Único de Salud; Salud Complementaria.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente entre mulheres no mundo e no Brasil, configurando importante problema de saúde pública devido à elevada morbimortalidade e à necessidade de organização dos serviços assistenciais (Bray et al., 2018; INCA, 2026). Trata-se de doença tempo-dependente, na qual o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno influenciam diretamente o prognóstico.

A pandemia de covid-19 instaurou uma crise sanitária, reconfigurando fluxos assistenciais, prioridades institucionais e práticas clínicas. Para além dos efeitos diretos da infecção pelo SARS-CoV-2, observou-se impacto sobre condições crônicas não transmissíveis, como o câncer, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais nos sistemas de saúde (Bispo Junior; Santos, 2021; Singer, 2021).

No Brasil, a coexistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar expressa diferenças no acesso a exames diagnósticos, terapias de alto custo e tempos de espera, influenciando trajetórias terapêuticas e desfechos clínicos (Malta et al., 2011; Campos et al., 2022). A pandemia incidiu sobre um sistema já

tensionado por disparidades regionais, limitações orçamentárias e assimetrias na incorporação tecnológica (Deprá; Ribeiro; Maksud, 2015).

Embora a literatura tenha documentado impactos da covid-19 na assistência oncológica, predominam análises centradas no SUS ou em recortes nacionais, com menor atenção às dinâmicas locais e às comparações entre setores público e privado (Ribeiro; Correa; Migowski, 2022). Investigar como médicos que atuam nesses dois espaços vivenciaram a pandemia permite compreender adaptações institucionais, permanências estruturais e desigualdades preexistentes. Ao explorar essas vivências localmente, o estudo amplia a compreensão de como crises sanitárias incidem sobre estruturas desiguais de cuidado.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar as vivências de médicos sobre as repercussões da pandemia de covid-19 na assistência oncológica mamária nos setores público e privado em São Luís – Maranhão.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e descritivo, fundamentado na Sociologia Compreensiva, interpretando as relações entre medicina e sociedade a partir dos sentidos atribuídos às experiências vividas (Minayo, 2014).

O estudo foi conduzido em hospital oncológico de referência em São Luís, Maranhão, responsável por cerca de 40 mil consultas anuais e por mais de 50% dos diagnósticos de câncer previstos para o estado (Fundação Antonio Dino, 2026). Por atender usuários do SUS e da saúde suplementar, foi definido como campo da pesquisa, possibilitando contrastar experiências entre os dois setores.

A entrada no campo ocorreu por observação direta da assistência, identificando as especialidades envolvidas no cuidado ao câncer de mama. Foram convidados profissionais com atuação direta no diagnóstico, tratamento ou acompanhamento dessas pacientes, com mínimo de um ano de experiência no setor à época da coleta.

Após as primeiras entrevistas, utilizou-se amostragem em bola de neve, associada à busca por diversidade de gênero, idade, vínculo institucional e tempo de atuação (Vinuto, 2014). Foram excluídos médicos afastados de forma prolongada no período investigado ou que não responderam após três tentativas de contato. Participaram 18 médicos. A coleta foi encerrada por saturação de sentidos (Minayo, 2017), observada a partir da 17ª entrevista, quando houve recorrência sem acréscimo de novos elementos.

Os dados foram produzidos por entrevistas semiestruturadas, realizadas entre julho e agosto de 2023, presencialmente ou on-line, com gravação mediante consentimento e posterior transcrição integral. O roteiro abordou vivências profissionais na pandemia, mudanças na organização do cuidado, diferenças entre os setores e repercussões assistenciais. Para garantir anonimato, os participantes foram identificados por códigos iniciados pela letra “M”, seguidos de numeração sequencial.

Adotou-se Análise de Conteúdo temática (Bardin, 2011), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com leitura flutuante, codificação, agrupamento por similaridade e construção de eixos interpretativos.

A pesquisadora principal atua como médica mastologista no contexto investigado, sendo considerada postura reflexiva quanto às proximidades e distanciamentos interpretativos (Minayo, 2014).

A pesquisa seguiu as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Souza et al., 2021). O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 68340223.5.0000.5087). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram entrevistados 18 médicos (Tabela 1), sendo 9 mulheres e 9 homens. Atuavam nas especialidades de Radiologia, Cuidados Paliativos, Ginecologia, Mastologia, Oncologia, Emergência e Radioterapia. A mediana de idade foi de 44 anos, e o tempo de atuação na especialidade oncológica teve mediana de 16 anos. Todos atuavam no setor público do hospital, e apenas um não atuava no setor privado.

Tabela 1: Perfil dos participantes da pesquisa

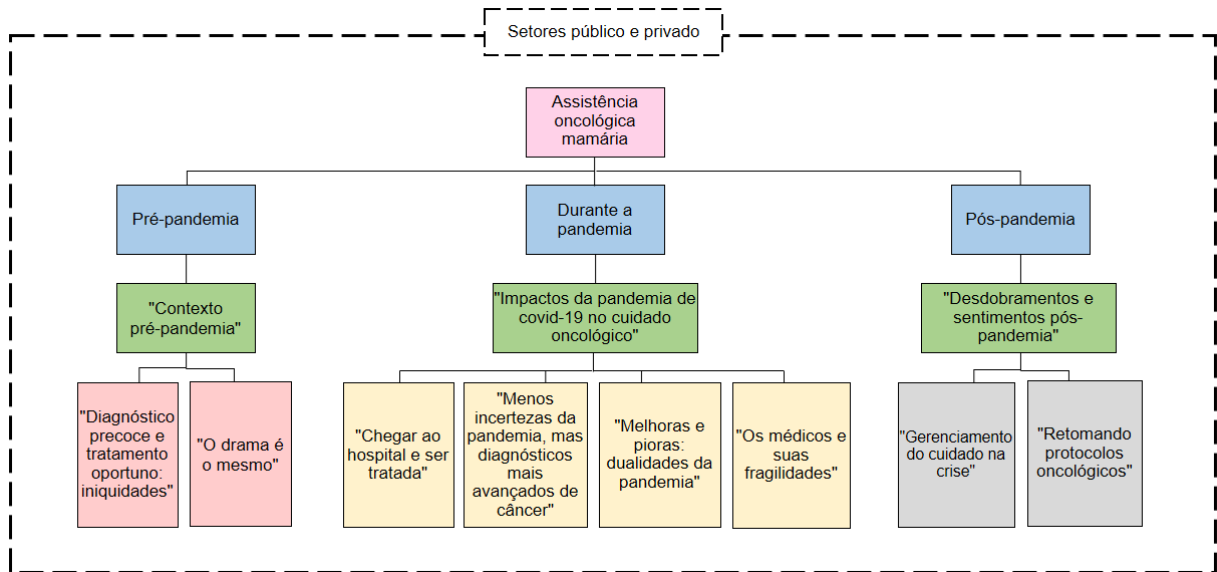
Código	Idade em anos	Gênero	Tempo de formação em anos	Especialidade	Tempo de atuação no hospital em anos
M1	≥50	feminino	16-25	Radiologia	11-20
M2	40-49	masculino	16-25	Cuidados paliativos	≤10 anos
M3	≥50	feminino	>25	Ginecologia	>20
M4	≥50	masculino	>25	Mastologia	>20
M5	≥50	masculino	>25	Mastologia	>20
M6	≥50	feminino	16-25	Mastologia	11-20
M7	<40	masculino	16-25	Mastologia	11-20
M8	<40	feminino	≤15	Oncologia	≤10 anos
M9	40-49	feminino	≤15	Oncologia	≤10 anos
M10	40-49	feminino	16-25	Oncologia	11-20
M11	40-49	masculino	16-25	Oncologia	11-20
M12	≥50	feminino	>25	Oncologia	11-20
M13	<40	masculino	≤15	Emergência	≤10 anos
M14	<40	feminino	≤15	Emergência	≤10 anos
M15	<40	masculino	≤15	Emergência	≤10 anos
M16	40-49	feminino	16-25	Radioterapia	11-20
M17	≥50	masculino	16-25	Radioterapia	11-20
M18	40-49	masculino	16-25	Radioterapia	11-20

Fonte: elaborada com dados próprios (2026)

Foi entrevistado apenas um médico das especialidades de Radiologia, Ginecologia e Cuidados Paliativos e Dor, devido à indisponibilidade dos demais profissionais. Houve duas recusas por incompatibilidade de agendas. A média de duração das entrevistas foi de 26 minutos.

A análise resultou na construção de três eixos temáticos, organizados conforme a Figura 1, cada um composto por subcategorias que expressam diferentes dimensões das vivências. A apresentação dos dados considera a temporalidade da pandemia (pré-pandemia, durante e pós-pandemia), articulada às interpretações dos eixos.

Figura 1: Organização dos resultados da pesquisa



Fonte: elaborada pela autora (2026)

Os eixos foram organizados sem distinção entre as especialidades médicas dos participantes, uma vez que essa característica não gerou diferenças nas respostas. Além disso, os eixos “Durante a pandemia” e “Pós-pandemia” também não fazem referência aos setores de saúde mencionados, já que esse aspecto igualmente não produziu variações relevantes.

Contexto pré-pandemia

Os profissionais médicos compartilharam suas percepções sobre a assistência oncológica mamária antes da pandemia de covid-19. Eles destacaram disparidades entre o atendimento público e privado nesse período.

Então, eu acho que a gente está longe de fazer uma medicina, uma oncologia, igual a gente faz no privado... (M12)

Diagnóstico precoce e tratamento oportuno: iniquidades

Observou-se que os pacientes do SUS geralmente chegavam ao hospital com tumores mais avançados em comparação com aqueles atendidos no setor privado. Os profissionais ressaltaram que algumas medicações não eram fornecidas pelo SUS, o que representa uma dificuldade para os pacientes e impactava seus prognósticos. As diferenças no acesso a serviços e medicamentos foram apontadas como uma das principais distinções entre os dois setores, mesmo no contexto pré-pandemia.

O paciente do SUS geralmente abre o diagnóstico com volume de doença maior do que a paciente que é de saúde suplementar. (M7)

A gente não tem como fazer muitas coisas pelo SUS... A gente não tem como fazer terapia HER-2, por exemplo... O máximo que a gente consegue fazer, isso agora há pouco tempo, foi o acréscimo do pertuzumabe em pacientes metastáticas com HER-2 positivo... (M11)

O atendimento médico em ambos os setores foi considerado de alta qualidade, com tempo de assistência semelhante dedicado a cada paciente. No entanto, os entrevistados mencionaram que os pacientes do SUS geralmente enfrentavam maior dificuldade quanto à disponibilidade de exames complementares, além de tempos de espera mais longos para a liberação desses exames e/ou consultas.

Eu vejo que os pacientes têm uma dificuldade muito grande de conseguir marcar as consultas... (M2)

Geralmente no [nome do hospital] eu não consigo PET scan, por exemplo... Tomografia, às vezes, não tem contraste... (M10)

“O drama é o mesmo”

Independentemente do setor de saúde, os profissionais notaram que o aspecto emocional e psicológico dos pacientes era semelhante, com anseios, preocupações e tristezas comuns em ambos os grupos.

Olha, o perfil do paciente é semelhante, na minha opinião... Todas duas quando chegam com o diagnóstico de câncer de mama estão ansiosas, estão preocupadas, estão tristes... Sendo rico ou pobre, tendo convênio ou não o drama é o mesmo... (M5)

Impactos da pandemia de covid-19 no cuidado oncológico

Os profissionais de saúde compartilharam suas vivências sobre os desafios logísticos enfrentados por eles e seus pacientes durante a pandemia. Eles descreveram como precisaram se adaptar e ajustar protocolos, considerando os riscos epidemiológicos, a disponibilidade de pessoal, de recursos medicamentosos e de outros insumos.

Chegar ao hospital e ser tratada

A primeira onda da pandemia resultou na suspensão de tratamentos oncológicos, cirurgias e outros procedimentos de saúde, priorizando o atendimento de pacientes com covid-19.

Então, meio que parou o leito que poderia tá fazendo quimioterapias, outros tratamentos, internação para cirurgias... Pra tratar os pacientes que estavam contaminados. (M15)

Por determinação, logo no início da pandemia, até mesmo da Sociedade Brasileira de Mastologia e das outras sociedades, a gente acabou postergando um pouco o tratamento cirúrgico de pacientes, não é? (M7)

Em situações em que a cirurgia não era imediatamente viável, recorreu-se à hormonioterapia neoadjuvante, utilizada antes do tratamento cirúrgico para controle temporário do tumor, como alternativa para alguns tipos de câncer de mama, enquanto o cenário não fosse favorável à cirurgia definitiva. Foram priorizadas cirurgias oncológicas de menor porte, adiando ou não realizando simetriações ou

reconstruções mamárias nos momentos mais críticos da pandemia. Os intervalos entre as sessões de quimioterapia também foram espaçados, reduzindo a necessidade de hospitalização e, conseqüentemente, o risco de contaminação.

A gente começou a fazer hormônio, ciclar os pacientes em intervalos mais longos, tirar um pouco o paciente de dentro do hospital e avaliar maneiras que não prejudicasse o tratamento, mas que também não colocasse a vida dele em risco... (M12)

O que a gente tinha mais é, talvez, cuidado na indicação de tratamentos cirúrgicos muito extensos... Então, principalmente as reconstruções mamárias, ou então os tratamentos de reconstrução tardia, esses foram postergados ou não executados. (M7)

Na avaliação dos entrevistados, a diminuição na procura por serviços de saúde, na fase inicial da pandemia, resultou não apenas na redução do número de diagnósticos de câncer. O medo da população em buscar atendimento, somado às dificuldades de deslocamento até os serviços, também contribuiu para a queda na demanda.

Eu sinto por aquelas mulheres que não puderam, não quiseram, não tiveram como chegar no hospital durante a pandemia... [...] Por essas eu sinto, eu acho que... eu acho que essas perderam a oportunidade de tratamento oportuno, não é? (M7)

Então, muitos, muitos, muitos voltaram no consultório depois de muito tempo! Às vezes tinha uma doença curável inicialmente e depois ficou difícil... (M2)

Durante a pandemia, houve um incentivo por parte de sociedades médicas ao uso de medicações orais administradas em domicílio, como alternativa mais conveniente para o tratamento do câncer de mama. Também foi implementada a radioterapia com menor número de sessões em relação ao protocolo anterior, com o objetivo de reduzir a exposição dos pacientes ao contágio pelo vírus no ambiente hospitalar.

Olha, tinha algumas orientações de Sociedades e tal de, por exemplo, a gente dar preferência para medicações orais que o paciente não precisasse ir lá [ao hospital]... (M11)

Radioterapia de um modo geral, mas mama especificamente foi a implantação definitiva dos tratamentos em menos sessões, que a gente chama de hipofracionamento. (M18)

Durante a pandemia, a atenção voltada à redução da exposição dos pacientes incluiu a triagem de pacientes com sintomas gripais e a realização de testes de detecção do vírus. Protocolos de intubação e nebulização também precisaram ser revisados, a fim de garantir a segurança de pacientes e profissionais de saúde diante do risco de contágio por gotículas e aerossol do SARS-CoV2.

Todos os pacientes com sintomas gripais que necessitavam de internação eram submetidos a testes obrigatórios... (M15)

Protocolos de intubação tiveram que ser reformulados, por conta da pandemia, do paciente crítico, do isolamento que a gente precisava fazer... (M13)

Até o início de 2022 não tava sendo permitido nebulização... (M15)

Menos incertezas da pandemia, mas diagnósticos mais avançados de câncer

Embora a situação epidemiológica da pandemia, de forma geral, tenha melhorado no segundo semestre de 2020, o medo e a incerteza ainda estavam presentes entre os pacientes, permanecendo a relutância de alguns em buscar tratamento oncológico. Nesse período, entretanto, a equipe médica estava mais tranquila, provavelmente em razão da melhor estruturação do hospital.

Muito incerto, né? Ainda faltava muita informação de dados, muito medo, muita angústia, muita morte ainda... Teve ainda um distanciamento. (M10)

...acho que o primeiro semestre, muito parecido com o segundo, com um pouquinho menos de incerteza, de medos, né? Acho que o medo da equipe tava menor. (M16)

A diminuição de atendimentos durante a pandemia resultou em um acúmulo de casos de câncer avançados, particularmente na segunda metade de 2020. Foram observados atrasos tanto nos novos casos diagnósticos quanto nas recidivas da doença, o que levou a complicações adicionais e à necessidade de cuidados mais intensivos.

E aí a gente também acabou acumulando essas pacientes represadas, né? Que elas não vinham e acabava de alguma forma piorando o quadro clínico delas, e elas apareceram mais no segundo semestre da pandemia. (M13)

Mas aí a gente já viu muita doença avançada, já viu muita doença avançada, tumores grandes e foi assim... Foi bem complicado, entre uma onda e outra a gente viu um aumento exponencial de casos! (M11)

Houve um aumento no número de cirurgias com maiores ressecções de estruturas anatômicas devido ao estadiamento avançado da doença, apesar de ter sido indicado o tratamento neoadjuvante em alguns casos.

Muito mais cirurgia extensa, apesar de que a neoadjuvância ajuda a gente às vezes a diminuir o volume de cirurgia, mas às vezes tem certas situações que mesmo com a neoadjuvância você precisa fazer uma cirurgia mais radical. (M7)

Melhoras e piores: dualidades da pandemia

Com o início da imunização contra a covid-19, os pacientes vacinados não apresentaram sintomas graves da virose, sugerindo a eficácia da vacinação. Nesse momento, o volume de atendimentos nas instituições de saúde oncológica começou a se recuperar, mas ainda não atingindo níveis pré-pandêmicos até o segundo semestre de 2021.

Eu vi pacientes mesmo vacinados, retornando com covid, né? E o que eu pude observar é que os vacinados não evoluíram com gravidade. (M15)

O volume de atendimentos aumentou, mas para se equiparar ao que era antes, acho que foi só no segundo semestre de 2021. (M9)

Inicialmente, a vacinação de pacientes oncológicos apresentou demandas burocráticas adicionais, pois exigiu laudos de oncologistas que comprovassem pertencimento ao grupo prioritário. Além disso, houve dificuldades em orientar os pacientes quanto à segurança da imunização, à medida que novas evidências científicas surgiam, a fim de mitigar a hesitação vacinal.

Acho que na vacinação para o paciente oncológico, foi que eles dependiam do laudo do oncologista para poder fazer a vacina. (M14)

Paralelamente ao início da vacinação para grupos prioritários, uma segunda onda de covid-19 teve início em 2021. Embora as restrições tenham sido menos intensas do que na primeira fase da pandemia, novas limitações no acesso aos atendimentos oncológicos foram registradas, em razão das dificuldades na oferta de serviços diante do aumento da demanda por pacientes com covid-19.

A dificuldade maior eu acho foi a gente conseguir voltar a ter o atendimento normal da instituição, que agora tava quase a pleno vapor e, ao mesmo tempo, ter espaço e infraestrutura para atender os pacientes que chegavam com covid... (M8)

Eu acho que a primeira [onda] foi pior, porque é justamente o medo do desconhecido, né? Então, assim foi zero atendimento. Durante a segunda onda, nossos ambulatórios funcionavam com um número reduzido de pacientes, mas a gente ainda tinha atendimento. (M11)

Com a progressão da campanha de vacinação para grupos não prioritários, observou-se melhora no cenário epidemiológico. Profissionais de saúde e pacientes passaram a perceber redução nas internações e nos casos graves de covid-19, gerando sensação de alívio e esperança. Com o aumento da disponibilidade das doses e da confiança na eficácia da vacina, hospitais e clínicas retomaram gradualmente seus procedimentos habituais.

Já achei que melhorou. As pessoas já começaram a vir, já estavam sendo vacinadas. Achei que melhorou. (M10)

Voltou a normalidade, as mastologistas começaram a operar mais, houve mais biópsias, houve mais diagnósticos. (M10)

Com a ampla vacinação, tanto profissionais de saúde quanto pacientes começaram a se sentir mais seguros e confiantes. A administração da terceira dose da vacina se destacou como um marco importante.

Acredito que no final do ano passado [2022], acho que quando o pessoal já estava, tipo assim, com as três doses de vacina, eu acho que de fato o pessoal perdeu o medo de ficar vindo pro hospital. (M17)

Os médicos e suas fragilidades

A pandemia afetou não apenas o trabalho, mas também a vida pessoal dos profissionais de saúde. Muitos enfrentaram desafios relacionados ao isolamento e à dificuldade de separar trabalho e vida pessoal. Alguns destacaram que a impossibilidade de visitar entes queridos, durante o auge da pandemia, trouxe uma

nova dimensão de sofrimento, assim como os impactos emocionais de presenciar o distanciamento imposto às famílias dos pacientes em momentos de luto no hospital.

Com medo, né? Com medo de toda essa situação... [...] A gente ficou muito vulnerável a toda essa situação... (M2)

Eu achei aquilo horrível... A pessoa não conseguia nem se despedir do corpo do seu familiar! Aquilo ali foi chocante pra mim. (M15)

Também, a fragilidade das relações trabalhistas na área da saúde ficou acentuada para esses profissionais.

A maioria dos médicos não tem um vínculo empregatício, nós somos empresas que prestamos serviço. Isso foi uma das coisas que me fez refletir sobre a profissão, quanto nós somos vulneráveis. Por exemplo, eu não podia parar de trabalhar nem que eu quisesse. Porque se eu não trabalhasse, eu não tinha dinheiro... (M12)

Para muitos, a pandemia trouxe a experiência dolorosa de perder pacientes, colegas de trabalho e até mesmo amigos. As histórias de pacientes que não tinham doenças subjacentes graves, mas que sucumbiram ao vírus, afetaram profundamente esses profissionais, gerando angústia.

Perdi pacientes que era a sensação de que não era a hora de ir... (M11)

Apesar dos desafios e das perdas, a pandemia também trouxe outras reflexões. Os profissionais de saúde foram inspirados a melhorar seus cuidados e a atuarem com mais compaixão e empatia. Eles perceberam a importância de se adaptar às novas formas de cuidado e comunicação, apesar da perda do toque físico.

A gente tem que usar isso como uma forma de tentar melhorar o nosso cuidado que a gente já tinha com os nossos pacientes, de trazer mais compaixão, de trazer mais empatia, pra tentar fazer acontecer da forma mais tranquila e menos doída possível pra eles... (M13)

Desdobramentos e sentimentos pós-pandemia

Os profissionais de saúde enfrentaram uma experiência única durante a pandemia da covid-19, permeada por emoções e desafios singulares. Eles conviveram com o medo, a incerteza e a angústia, ao mesmo tempo em que mantiveram um senso de dever e determinação.

Eu acho que tava todo mundo muito despreparado pra tudo, né? (M6)

Retomando protocolos oncológicos

O uso de hormonioterapia neoadjuvante como um protocolo alternativo para o tratamento de câncer de mama está diminuindo, sendo reservado para situações excepcionais. A maioria dos pacientes retornou para o protocolo padrão de tratamento neoadjuvante com quimioterapia.

Eu acho que perde o sentido hoje em dia. Acho que em situações de exceção, de muita exceção, como regra não... Não me sinto mais confortável indicar ou fazer esse protocolo. (M7)

Embora a saúde dos pacientes tenha sido gravemente afetada durante a pandemia, o cenário oncológico foi se estabilizando e retornando a um estado mais próximo ao anterior, apesar de problemas persistentes relacionados ao acesso aos serviços.

Hoje a gente tá numa situação que hoje, sim, é o normal! Voltou ao normal, não tem nada de 'novo normal', hoje é o normal! (M11)

Gerenciamento do cuidado na crise

Os entrevistados acreditavam que a pandemia demonstrou que é possível manejar a assistência em saúde em períodos de crise, desde que haja uma gestão responsável e apoio adequado.

E aqui eu vejo muita organização, muita força de vontade e pouco recurso, né? E com pouco recurso, eu vi muita gente conseguir resolver um trabalho rico, um trabalho responsável e organizado. (M15)

A importância da comunicação adequada com os pacientes para evitar interrupções nos cuidados de saúde ficou evidente durante a pandemia.

A gente também poderia ter criado, ter informado melhor isso usando rede social do hospital, mandando comunicados para os pacientes que estavam só em seguimento... Então, eu acho que esses pacientes em seguimento eles foram prejudicados nesse momento, no momento que a gente criou um protocolo que só vinha para pacientes de primeira vez e os pacientes em tratamento, em quimioterapia? (M9)

E para a grande maioria dos pacientes que têm mama, acho que o país, principalmente na parte mais pobre, que não consegue ter esse acesso que a gente tem, a informação chegou de forma cortada e eles simplesmente pararam de fazer os exames, porque eles escutaram só a chamada e depois não seguiram com as outras informações... Que a medida que a gente foi sabendo da doença, a gente foi: 'não precisa parar os exames'. Então aí o estrago já tinha sido feito, né? Eu acho que do ponto de vista da oncologia, a gente tem que ter mais cuidado na hora de soltar alguma informação. (M12)

A experiência da pandemia enfatizou a importância de adaptar protocolos para atender às necessidades específicas de cada hospital e serviço de saúde.

...da gente conseguir fazer um cuidado mais personalizado pra nossa realidade, do que simplesmente pegar um protocolo, por exemplo, lá do Einstein, lá do Sírio e trazer pra gente de qualquer forma e aplicar isso aí... (M13)

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa oferecem panorama das vivências de médicos de diferentes especialidades oncológicas antes, durante e após a pandemia de covid-19. Durante a pandemia, desafios logísticos, redução na procura por serviços de saúde e adiamento de procedimentos impactaram a assistência ao câncer de

mama. Muitos casos passaram a ser diagnosticados em estágios mais avançados, acentuando a complexidade do tratamento e os riscos associados. Além disso, houve necessidade de adaptações nos protocolos clínicos e na comunicação com os pacientes.

À luz da Sociologia Compreensiva, os relatos não são tomados apenas como descrições factuais da assistência, mas como expressões de sentidos socialmente construídos sobre adoecimento, trabalho médico e instituições de saúde (Minayo, 2014; Freidson, 1988). Essa abordagem privilegia a interpretação das experiências e das relações entre medicina e sociedade, permitindo compreender como decisões clínicas, reorganizações institucionais e desigualdades estruturais foram significadas no contexto da crise sanitária.

A pandemia produziu sobreposição entre duas lógicas distintas de adoecimento: a covid-19, marcada por experiência coletiva e aguda, e o câncer de mama, condição tempo-dependente cuja trajetória exige continuidade assistencial. Essa tensão entre experiência coletiva (*illness*) e doença clinicamente urgente (*disease*) contribuiu para deslocamentos no cuidado (Kleinman, 1988).

A chegada da vacinação representou alívio progressivo, embora algumas restrições persistissem na segunda onda. A sobreposição da doença infecciosa aguda e de condição crônica como o câncer, com agravamento de barreiras sociais e estruturais ao acesso aos serviços, pode ser compreendida sob a perspectiva da sindemia. O conceito abrange a interação entre doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e determinantes sociais da saúde. No câncer de mama, a pandemia comprometeu rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento, exacerbando desigualdades no sistema de saúde brasileiro (Bispo Junior; Santos, 2021).

Por outro lado, os médicos também foram profundamente afetados, enfrentando desafios pessoais e profissionais que exigiram adaptações constantes na prática clínica. Essa vivência reforça a complexidade da assistência oncológica em contextos de crise (Souza, 2021; Oliveira; Ribeiro, 2021). Além das dificuldades cotidianas, atuaram sob desigualdades preexistentes entre os setores público e privado, evidenciadas na pandemia e ainda impactando o acesso e a qualidade do cuidado no pós-pandemia.

Essas disparidades são notáveis entre o atendimento oncológico público e privado, mesmo a Constituição do Brasil garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Neste estudo, o diagnóstico precoce do câncer de mama mostrou-se mais comum no setor privado, possivelmente devido ao acesso oportuno a exames e cuidados. A mamografia, método fundamental de rastreamento, ilustra essa discrepância. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 demonstrou que mulheres beneficiárias de planos de saúde tinham maior acesso à mamografia em comparação com aquelas dependentes do sistema público (Malta et al., 2011). Essa desigualdade socioeconômica impacta a oportunidade de diagnóstico em estágios iniciais (Rodrigues; Bustamante-Teixeira, 2011).

De maneira similar, a pesquisa de Campos, Guerra, Fayer et al. (2022) destaca que, na assistência pública, a investigação diagnóstica frequentemente é motivada pela presença de sinais já palpáveis, levando à descoberta de mais tumores em estágios avançados (estágio III ou IV) e em um tempo consideravelmente mais longo até a confirmação do diagnóstico e início do tratamento, em comparação com o setor privado. O acesso limitado a exames de imagem, a demora na marcação de consultas e a falta de informações sobre câncer de mama contribuem para essas diferenças (Rosa; Radünz, 2013).

Em relação ao tratamento, uma das principais discrepâncias entre os protocolos do SUS e da saúde suplementar está nos medicamentos oncológicos. No SUS, a incorporação de quimioterápicos é aprovada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), e a seleção cabe à unidade de saúde e ao médico assistente. Contudo, os reembolsos seguem valores fixos da Tabela de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). Apesar das revisões periódicas, o processo de inclusão ou exclusão de medicamentos pela CONITEC é lento. Além disso, os valores da APAC frequentemente não cobrem custos de fármacos mais eficazes, segundo estudos recentes, afetando diretamente os protocolos hospitalares, que ficam defasados (Deprá; Ribeiro; Maksud, 2015). Este estudo destaca exemplos como drogas anti-HER-2, TDM-1 (trastuzumabe emtansina adjuvante) e inibidores de ciclinas, que mostraram resultados na sobrevida em estudos recentes (Modi et al., 2022; Von Minckwitz et al., 2019; Dickler et al., 2017), mas ainda não constavam nos protocolos do SUS, conforme relataram os entrevistados.

Apesar dessas discrepâncias, no entanto, as implicações emocionais relatadas neste estudo foram semelhantes entre usuários de diferentes setores de saúde. Receber o diagnóstico de câncer de mama gera angústia, tristeza, desesperança e medo diante da incerteza sobre o futuro (Araújo; Fernandes, 2008; Caetano; Gradim; Santos, 2009). Sabe-se também que a percepção negativa do câncer como doença de mau prognóstico contribui para o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos (Araújo; Fernandes, 2008).

Contudo, a interpretação de igualdade nos sentimentos vivenciados por usuários do setor público e privado, conforme relatado neste estudo, parte da ótica dos profissionais médicos, baseada na observação da trajetória assistencial intramuros, restrita ao ambiente hospitalar. Essa perspectiva, centrada na lógica biomédica e nos aspectos clínico-terapêuticos, tende a desconsiderar o itinerário completo dos pacientes, atravessado por barreiras sociais, econômicas, culturais e simbólicas. Predominantemente mulheres, pacientes com câncer de mama em situação de vulnerabilidade enfrentam obstáculos como dificuldades de transporte, sobrecarga de trabalho doméstico e informal, ausência de rede de apoio, baixa escolaridade, insegurança alimentar e crenças religiosas que interferem na adesão ao tratamento. Além disso, medo do diagnóstico, estigma social e desinformação contribuem para o adiamento da busca por cuidados e maior sofrimento subjetivo. Assim, a percepção médica intra-hospitalar, embora válida na prática clínica, não contempla integralmente as desigualdades que estruturam o acesso e a vivência do câncer de mama no Brasil (Skaba, 2003).

Nesse sentido, considerar o itinerário terapêutico dos pacientes amplia a compreensão desses percursos para além dos muros hospitalares. Ele envolve a rede social ao redor da mulher com câncer, englobando facilidades e dificuldades enfrentadas para efetivar seus tratamentos (Skaba, 2003). Para Freidson (1988), o início desse processo é marcado pelo reconhecimento social da pessoa como “doente”, iniciando uma sequência de práticas sociais moldadas por eventos vivenciados na busca por cuidado, ancoradas, tanto na construção leiga, quanto no modelo profissional. A literatura sócio-antropológica tem ressignificado o conceito de itinerário terapêutico, interpretando os processos pelos quais indivíduos ou grupos escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de cuidado e tratamento (Alves; Souza, 1999).

Ademais, esses pacientes com câncer de mama enfrentaram desafios emocionais adicionais durante a pandemia de covid-19, incluindo preocupações, medos e restrições devido às medidas de proteção. Mudanças na rotina terapêutica e

o distanciamento social afetaram suas experiências (Vieira et al., 2021; Ribeiro; Correa; Migowski, 2021).

Além disso, a pandemia trouxe desafios significativos para o cuidado oncológico. Houve a necessidade de adiar tratamentos cirúrgicos, incluindo cirurgias reconstrutivas e simetrizadoras, de tumores menos agressivos e exames de rastreamento, devido à priorização da assistência a pacientes com covid-19 e ao risco de exposição de imunossuprimidos, como demonstram os dados de um estudo sobre o primeiro ano da pandemia (Bigoni et al., 2022).

Observa-se que, diante da pressão imposta pela pandemia, a assistência oncológica passou a operar segundo uma lógica de “mínimo viável”, aproximando-se do que Merhy (2002) descreve como reorganizações do trabalho em saúde sob tensão. A manutenção do cuidado concentrou-se nos casos considerados prioritários, com suspensão ou adiamento de ações preventivas e de rastreamento. Tal reorganização revela um cuidado sob pressão, marcado por racionalização da oferta e tensionamento da integralidade.

Nesse cenário desafiador, um dilema surgiu entre pacientes e profissionais: priorizar o tratamento do câncer ou a redução da exposição à covid-19? O que adiar e o que manter? Há impacto negativo na saúde psicossocial e no bem-estar sexual de pacientes com câncer de mama devido à redução das cirurgias de reconstrução mamária durante a pandemia, pois esses procedimentos melhoram a qualidade de vida, como já demonstrado na literatura (Shepherd et al., 2022).

Quanto a resultados clínicos de sobrevida e mortalidade, a literatura indica que o atraso no início do tratamento de tumores iniciais (estágio I e II) diminui a sobrevida global (Johnson et al., 2021), evidenciando que decisões assistenciais em contextos de emergência epidemiológica podem produzir repercussões que extrapolam o momento agudo da crise.

Nesse contexto, também é relevante mencionar que um estudo brasileiro identificou aumento no número de mulheres realizando mamografia devido à presença de nódulos palpáveis (sintomáticas), em vez de por rastreamento (assintomáticas), sugerindo redução das ações preventivas durante a pandemia (Bessa, 2021). A ausência de mamografias de rastreamento pode ter levado a casos não diagnosticados de câncer de mama.

O adiamento de diagnósticos e tratamentos pode resultar em estágios mais avançados da doença, piorando o prognóstico e sobrecarregando o sistema de saúde (Ramos; Ramos; Ramos, 2021). Esse fenômeno pode ser compreendido à luz do que Mendes (2020) denominou de “terceira onda” da pandemia — composta pelos pacientes não-covid cujas condições crônicas foram invisibilizadas ou postergadas diante da centralidade da emergência infecciosa. No caso do câncer de mama, doença tempo-dependente, o represamento diagnóstico e terapêutico produziu efeitos que se manifestaram posteriormente, com maior gravidade clínica e complexidade assistencial.

Esse tensionamento evidencia que a prática médica não se realiza em um vazio técnico, mas é atravessada por condicionantes institucionais, econômicos e sociais. Como analisa Donnangelo (1975), a medicina constitui-se como prática social, cuja autonomia é permanentemente modulada pelas estruturas nas quais se insere. No contexto da pandemia, o que se configurou foi um “cuidar possível”, delimitado por restrições epidemiológicas, reorganização de leitos, escassez de recursos e normativas institucionais, redefinindo temporariamente os parâmetros do agir clínico.

Além disso, muitos pacientes optaram por não acessar unidades de saúde durante a pandemia ou enfrentaram dificuldades na busca por diagnóstico e

tratamento, motivados pelo medo (Chu et al., 2020; Estrela et al., 2020) ou pelo lockdown em São Luís na primeira onda (São Luís, 2023).

Esses adiamentos geraram apreensão, mas também favoreceram planejamento e qualidade dos cuidados, com protocolos adaptados à segurança epidemiológica (ANVISA, 2021). No entanto, é preciso refletir sobre os impactos de decisões e comunicações em saúde sobre pessoas com doenças tempo-dependentes, como o câncer. O mote "fique em casa" foi amplamente divulgado, sem indicar quando seria seguro buscar atendimento diante de suspeitas de condições crônicas (Mendes, 2020). Orientações em crises devem considerar efeitos indiretos sobre doenças tempo-dependentes, evitando represamentos diagnósticos e piora prognóstica (Nascimento et al., 2021).

A pandemia também evidenciou a importância da gestão institucional em situações de crise, especialmente em hospitais com recursos limitados. Embora os profissionais tenham relatado que, apesar das restrições orçamentárias, foi possível manter assistência organizada e segura, esse processo não foi isento de tensões. As adaptações exigiram esforço coletivo das equipes em meio a pressões e incertezas. A reorganização de fluxos, o uso racional de insumos e a adequação de protocolos foram medidas fundamentais, muitas vezes implementadas em ambiente de estresse e disputas por prioridades. A suspensão temporária de nebulizações (devido ao risco de aerossolização), a reformulação de protocolos de intubação e a triagem rigorosa de pacientes com sintomas gripais ilustram mudanças necessárias para proteger pacientes imunossuprimidos e profissionais (Brasil, 2020). Esses dados reforçam o valor de estratégias institucionais flexíveis em contextos epidemiológicos instáveis e a necessidade de preparar as instituições para desafios humanos e estruturais que emergem em emergências sanitárias.

Malta, Gomes, Silva et al. (2021) discutem as políticas de enfrentamento das doenças crônicas na pandemia de covid-19, concluindo que as medidas de prevenção das DCNT não devem ser interrompidas. Defendem ainda que os serviços de saúde devem se adaptar às diferentes realidades, gerenciar o aumento dos riscos e garantir a continuidade dos cuidados, inclusive com comunicados nacionais e locais sobre cuidados com a saúde.

Entre as mudanças de protocolos médicos nesse período, o hipofracionamento da radioterapia mamária é citado como um dos principais legados da pandemia. A necessidade de reduzir a exposição hospitalar acelerou sua adoção em substituição ao tratamento convencional mais longo. Essa forma reduzida de radioterapia, validada por ensaios clínicos, mostrou-se eficaz para pacientes com câncer de mama (Murray Brunt et al., 2020). Assim, a pandemia facilitou a implementação do hipofracionamento como estratégia segura, permitindo a continuidade do tratamento durante a crise (Sartori, 2021). A medida seguiu sendo utilizada após a melhora do cenário epidemiológico, otimizando também a gestão hospitalar diante da baixa oferta de radioterapia no país. Araújo, Sá e Atty (2016) relatam que, em 2015, havia um déficit de 255 serviços no SUS, com projeção de 198 a menos até 2030.

A hormonioterapia neoadjuvante, inicialmente adotada durante a pandemia, segue sendo descrita como medida emergencial em um momento crítico. Em vez de cirurgia imediata ou quimioterapia citotóxica, ela tem a vantagem de ser via oral, evitando internações e efeitos de imunossupressão. Contudo, seu uso habitual é após o tratamento, auxiliando na redução de recidivas. Sua aplicação neoadjuvante ocorre em cerca de 3% dos casos (Weiss; King; Mittendorf, 2020) e ainda requer mais estudos para ser incorporada como rotina. Durante a pandemia, foi

uma estratégia para adiar procedimentos invasivos em tumores iniciais, sem evidências que sustentem sua continuidade no pós-pandemia (Park et al., 2021)..

Com o avanço da vacinação e a diminuição do medo da covid-19, houve a retomada dos cuidados essenciais, incluindo o tratamento do câncer de mama (Mourão et al., 2023). Conforme este estudo, à medida que mais pessoas foram vacinadas, as preocupações com a covid-19 reduziram, contribuindo para o retorno da assistência habitual. Além disso, em maio de 2023, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada à covid-19 (OPAS, 2023). No entanto, como aponta Gavério (2020), esse "retorno à normalidade" ainda é etéreo, revelando mais uma tentativa de reorganização simbólica e política do cotidiano do que um real restabelecimento das condições pré-pandêmicas. Para o autor, a dualidade entre normalidade e anormalidade é historicamente construída e está sendo ressignificada em diferentes contextos. Assim, a suposta normalização da assistência oncológica exige cautela, pois persistem incertezas, lacunas e adaptações que desafiam um retorno pleno à rotina anterior.

Embora os entrevistados mencionem um "retorno à normalidade" após a vacinação, os relatos indicam que tal normalização não significou superação das desigualdades assistenciais previamente existentes, mas antes uma reacomodação das mesmas sob novas condições institucionais.

Nessa perspectiva, compreende-se o que o sociólogo Richard Miskolci (2009) chamou de "análise da normalidade". Isso nos leva a questionar as divisões convencionais entre normalidade e anormalidade, desafiando-nos a repensar como a vigilância sanitária e suas normas se aplicam a toda a sociedade, não apenas aos doentes. No contexto da pandemia de covid-19 e do retorno à normalidade, essa abordagem convida à reavaliação de como as definições de saúde e normalidade podem evoluir durante e após crises como essa.

Outra dimensão do impacto da pandemia no cenário oncológico atingiu os próprios médicos, que enfrentaram dificuldades significativas na prestação da assistência. A realocação de recursos humanos, as constantes mudanças nos protocolos clínicos e a sobrecarga imposta pela covid-19 contribuíram para o adoecimento físico e mental desses profissionais, escancarando fragilidades estruturais do sistema de saúde brasileiro (Vieira et al., 2021) e precariedades nas relações de trabalho (Souza, 2021).

Entre essas fragilidades, destacou-se a "pejotização" — um modelo de contratação por meio de pessoa jurídica — como característica marcante dos vínculos dos médicos entrevistados (Detrez; Coelho, 2022). Sem garantias trabalhistas da contratação como pessoa física, muitos relataram insegurança jurídica, ausência de cobertura em caso de adoecimento e impactos econômicos diretos, como perda de renda nos dias não trabalhados por isolamento ou infecção por covid-19. Essa insegurança afetou também as famílias, sobretudo nos casos graves ou de óbito, revelando vulnerabilidade pouco discutida.

Esses profissionais enfrentaram prejuízos econômicos, jurídicos e sociais (Marques Da Silva; Gimenez Carvalho; Santini, 2020; Oliveira; Ribeiro, 2021). Ainda assim, nas narrativas dos profissionais entrevistados, observou-se certa naturalização dessa realidade, com pouco reconhecimento crítico das implicações desse modelo de vínculo, mesmo diante dos impactos vivenciados na pandemia. Estudos anteriores já alertavam para essa invisibilidade na percepção dos próprios trabalhadores, o que contribui para a manutenção de relações laborais precárias na saúde (Pereira et al., 2022; Carvalho et al., 2023).

Por fim, é importante destacar os sentimentos pós-pandemia, como a percepção de que o mundo precisa melhorar e a sensação de pausa para reflexão, são compartilhados por muitos entrevistados, destacando a importância de manter o foco no bem-estar de pacientes e profissionais de saúde (Vieira et al., 2021). A pesquisa também explorou as necessidades operacionais que orientaram a reorganização dos serviços médicos, assegurando a continuidade do tratamento de pacientes com câncer. Essas adaptações podem influenciar a prática oncológica no futuro, evidenciando a necessidade de planejar estratégias de saúde pública para mitigar impactos negativos em situações epidemiológicas desafiadoras. A experiência também ressaltou a importância da adaptação do sistema de saúde em tempos de crise (Machado et al., 2021; Macedo, 2020). Diante desse cenário complexo, que exige equilíbrio entre decisões clínicas e estratégias coletivas, a fala de Macedo (2020) sintetiza os desafios enfrentados por pacientes e profissionais:

À medida que os cuidados com o doente com câncer e covid-19 colidem, doentes e profissionais enfrentam escolhas extremamente difíceis. O plano de combate durante esta batalha deve envolver paciência, resiliência, comunicação, diligência e determinação. Os riscos devem ser cuidadosamente equilibrados, as estratégias de saúde pública implementadas exaustivamente e os recursos utilizados com sabedoria. (Macedo, 2020, p. 139).

Considerar os desdobramentos da pandemia na assistência oncológica exige ir além dos efeitos imediatos, reconhecendo como se entrelaçou com condições crônicas e desigualdades sociais preexistentes. A sobreposição da covid-19 com DCNT, como o câncer de mama, aumentou a morbimortalidade e comprometeu a continuidade do cuidado oncológico, afetando a sobrevivência dos pacientes (Horton, 2021). Compreender esse cenário pela lógica da sindemia (Bispo Junior; Santos, 2021) reforça a importância de abordagens integradas e intersetoriais capazes de enfrentar crises infecciosas e condições crônicas, incorporando ações que minimizem efeitos sobre populações fragilizadas (Singer, 2021; Mendenhall, 2020). Essa perspectiva aponta para políticas públicas mais equitativas e sustentáveis, que fortaleçam a atenção oncológica e a gestão das condições crônicas no pós-pandemia.

Ressaltamos que este estudo apresenta limitações. Os dados foram coletados em um único hospital, que atende usuários do SUS e da saúde suplementar, podendo ter práticas influenciadas por protocolos institucionais específicos. A escolha dessa instituição justificou-se por concentrar o maior volume de atendimentos oncológicos do Maranhão, sendo referência no tratamento do câncer de mama e atuando há mais tempo que outras unidades da região. Essa abrangência contribuiu para a diversidade de experiências relatadas, embora não se pretenda generalizar os achados. Além disso, o estudo focou na perspectiva dos médicos, limitando a compreensão de outros pontos de vista, como pacientes e equipe multiprofissional. Considera-se ainda a possibilidade de viés nas narrativas, pois as entrevistas foram realizadas no pós-pandemia, o que pode influenciar a reinterpretação das experiências. Futuras pesquisas podem ampliar o número de instituições e regiões analisadas, diversificando participantes e aprofundando a compreensão dos efeitos da pandemia na assistência oncológica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as vivências médicas, este estudo evidencia que a pandemia de covid-19 não apenas alterou o *modus operandi* da assistência oncológica mamária em São Luís – Maranhão, mas também explicitou desigualdades estruturais que já atravessavam os setores público e privado. A crise sanitária tensionou a organização dos serviços, impondo mudanças no atendimento e exigindo adaptações institucionais em um cenário previamente marcado por disparidades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

A análise das narrativas indica que a primeira onda da pandemia constituiu um marco de desorganização assistencial, caracterizado por temor generalizado, escasso planejamento institucional e incertezas. A sobreposição entre o enfrentamento da covid-19 e a continuidade do cuidado oncológico produziu adiamentos, redefinições de prioridades e conflitos na prática clínica. Já na segunda onda, embora persistissem restrições e desafios, observou-se maior preparo institucional, favorecido pelo avanço da vacinação e pela incorporação de protocolos ajustados ao contexto epidemiológico. Esse momento possibilitou a retomada das atividades assistenciais. Ainda assim, a aparente normalização não significou superação das desigualdades entre o SUS e o setor privado, mas sim sua reconfiguração em novos arranjos organizacionais.

As percepções dos profissionais revelam a complexidade das adaptações implementadas, evidenciando tanto a capacidade de resposta dos serviços quanto os limites estruturais do sistema de saúde. Ao situar esses achados no contexto das desigualdades históricas entre o SUS e o setor privado, o estudo contribui para compreender como crises sanitárias interagem com fragilidades preexistentes, produzindo impactos que ultrapassam o período agudo da emergência epidemiológica. Investigações futuras podem acompanhar os efeitos de longo prazo da pandemia sobre o cuidado oncológico, ampliando a compreensão das transformações estruturais que moldam a construção de um sistema de saúde mais equitativo.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 06/2020: orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos*. Brasília, DF, 30 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-06-2020-gvims-ggtes-anvisa.pdf/view>. Acesso em: 5 ago. 2023.
- ALVES, Paulo Cesar B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Mirian C. M.; ALVES, Paulo Cesar B.; SOUZA, Iara Maria A. (org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125–138.
- ARAÚJO, Iliana Maria A.; FERNANDES, Ana Fátima C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 664–671, 2008.

ARAÚJO, Luciana P.; SÁ, Natan M.; ATTY, Adriana T. A. Necessidades atuais de radioterapia no SUS e estimativas para o ano de 2030. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 35–42, 2016.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 7. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BESSA, Jordana F. Breast imaging hindered during COVID-19 pandemic in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, n. 8, 2021.

BIGONI, Alessandro et al. Brazil's health system functionality amidst the COVID-19 pandemic: an analysis of resilience. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 10, 100222, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Especializada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRAY, Freddie et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394–424, 2018.

CAETANO, Edilaine A.; GRADIM, Clícia V.; SANTOS, Lana Ermelinda S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257–261, 2009.

CAMPOS, Angelica A. L. et al. Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama na assistência pública e privada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 43, e20210143, 2022.

CARVALHO, Ruth Helena S. B. F. et al. Maternal health during the COVID-19 pandemic: experiences of health workers in three Brazilian municipalities. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 18, n. 8, 2023.

CHU, Derek K. et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, London, v. 395, p. 1973–1987, 2020.

DEPRÁ, Aline S.; RIBEIRO, Carlos D. M.; MAKSDUD, Ivã. Estratégias de instituições da sociedade civil no acesso a medicamentos para câncer de mama no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1517–1527, 2015.

DETREZ, Patrícia M. C.; COELHO, Leandro A. A pejetização na área médica: análise, implicações e consequências. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n. 5, p. 2418–2431, 2022.

DICKLER, Maura N. et al. MONARCH 1, a phase II study of abemaciclib, a CDK4 and CDK6 inhibitor, as a single agent in patients with refractory HR+/HER2–

metastatic breast cancer. *Clinical Cancer Research*, Philadelphia, v. 23, n. 17, p. 5218–5224, 2017.

DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

ESTRELA, Fernanda M. et al. COVID-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 34, 2020.

FREIDSON, Eliot L.. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

FUNDAÇÃO ANTONIO DINO. *A fundação*. São Luís, 2026. Disponível em: <https://fundacaoantoniodino.org.br/a-fundacao/>. Acesso em: 15 fev. 2026.

GAVÉRIO, Marco Antonio. De volta para o futuro? A “volta à normalidade” e o mundo “pós-pandemia”. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 1033–1040, 2020.

HORTON, Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *One Health*, v. 13, p. 100228, 2021. DOI: 10.1016/j.onehlt.2021.100228.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2026.

JOHNSON, Brett A. et al. A systematic review and meta-analysis of surgery delays and survival in breast, lung and colon cancers: implication for surgical triage during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Surgery*, v. 220, n. 2, p. 311–318, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.04.010>

KLEINMAN, Arthur. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.

MACEDO, Daniela. COVID-19: impacto na doença oncológica. *Lusíadas Scientific Journal*, v. 1, n. 3, 2020.

MACHADO, Regimar Carla et al. Pandemias e COVID-19 transformam o mundo: uma análise de contextos. *Enfermagem Brasil*, v. 20, n. 2, 2021.

MALTA, Deborah C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2011–2022, 2011.

MALTA, Deborah C. et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2833–2842, 2021.

MENDENHALL, Emily. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *Frontiers in Public Health*, v. 8, 2020. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00508.

MENDES, Eugênio V. *O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível*. Brasília: CONASS, 2020.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2014.

MISKOLCI, Richard. A teoria *queer* e a sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologia*, v. 21, p. 150–182, 2009.

MODI, Shanu et al. Trastuzumab Deruxtecan in previously treated HER2-low advanced breast cancer. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 387, n. 7, p. 9–20, 2022.

MOURÃO, Júlia N. et al. Repercussões da pandemia da COVID-19 no cotidiano de pacientes oncológicos. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 3, e1312340323, 2023. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40323>

MURRAY BRUNT, Adrian et al. Hypofractionated breast radiotherapy for 1 week versus 3 weeks (FAST-Forward): 5-year efficacy and late normal tissue effects results from a multicentre, non-inferiority, randomized, phase 3 trial. *The Lancet*, London, v. 395, n. 10237, p. 1613–1626, 2020.

NASCIMENTO, Daniel T. et al. Estratégias de saúde para manutenção da qualidade da assistência na quimioterapia no contexto da pandemia da COVID-19. *Global Academic Nursing*, v. 2, e217, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200217>.

OLIVEIRA, Graziela L.; RIBEIRO, Adalgisa P. Relações de trabalho e a saúde do trabalhador durante e após a pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19*. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 5 ago. 2023.

BISPO JUNIOR, José Patrício; SANTOS, Djanilson, B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, e00119021, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00119021.

PARK, Ko Un et al. Neoadjuvant endocrine therapy use in early stage breast cancer during the COVID-19 pandemic. *Breast Cancer Research and Treatment*, Dordrecht, v. 188, p. 249–258, 2021.

PEREIRA, Joelmara F. S. et al. Desafios do front: experiências de profissionais na admissão de pacientes em unidade de terapia intensiva na pandemia da COVID-19. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 31, e20220139, 2022.

RAMOS, Dandara R. et al. Diagnosis of breast cancer in Brazil: reflection on the impact of the COVID-19 pandemic. *Mastology*, São Paulo, v. 31, n. 5, 2021.

RIBEIRO, Caroline Madalena; CORREA, Flávia M.; MIGOWSKI, Arn. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019–2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 31, n. 1, e2021335, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100019>.

RODRIGUES, Anselmo D.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da região sudeste do Brasil, 1980–2006. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 241–248, 2011.

ROSA, Luciana. M.; RADÜNZ, Vera. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 713–721, 2013.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. *Notícias*. São Luís, 2023. Disponível em: <https://saoluis.ma.gov.br/semus/noticias>. Acesso em: 1 nov. 2023.

SARTORI, Ana Clara N. *Radioterapia adjuvante hipofracionada no câncer de mama: uso do protocolo FAST-Forward no contexto da pandemia da COVID-19*. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Radioterapia) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2021.

SHEPHERD, Jenna et al. The COVID-19 pandemic and loss of breast reconstruction services: has it affected patient quality of life and well-being? *Mastology*, São Paulo, v. 32, Suppl. 2, p. 40–44, 2022. DOI: <https://doi.org/10.29289/259453942022V32S2040>.

SILVA, João Felipe M da; CARVALHO, Brígida G; SANTINI, Stela M. L. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. *Revista Gestão & Saúde*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 1–15, 2020.

SINGER, Merrill et al. Syndemics and the biosocial conception of health. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, v. 3, n. 6, p. 1386–1397, 2021. DOI: 10.1007/s42399-021-01064-2.

SKABA, Márcia Marília V. F. *Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica*.

2003. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, Diego O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, 2021.

SOUZA, Virgínia R. S. et al. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, eAPE02621, 2021.

SUNG, Hyuna. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, Hoboken, v. 71, n. 3, p. 209–249, 2021.

VIEIRA, Maria Rosa S. et al. Assistência a pacientes oncológicos na era Covid-19: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 13990–14005, 2021.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

VON MINCKWITZ, Gunter et al. Trastuzumab emtansine for residual invasive HER2-positive breast cancer. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 380, p. 617–628, 2019.

WEISS, Anna.; KING, Tari A.; MITTENDORF, Elizabeth A. The landmark series: neoadjuvant endocrine therapy for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, New York, v. 27, n. 9, p. 3393–3400, 2020.

9.2 Artigo 2

Entre telas e toques: a virtualização do cuidado na assistência oncológica durante e após a pandemia de covid-19

A ser submetido à revista *Physis*

(Qualis A3 – 2021-2024 – Saúde Coletiva)

Entre telas e toques: a virtualização do cuidado na assistência oncológica durante e após a pandemia de covid-19

Between screens and touches: the virtualization of care in oncological assistance during and after the covid-19 pandemic

RESUMO

Este estudo analisou as vivências de médicos sobre os desafios da virtualização no cuidado oncológico mamário durante e após a pandemia de covid-19, em São Luís – Maranhão (Brasil). Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas de 18 médicos atuantes no tratamento do câncer de mama. Os resultados evidenciam que a virtualização, acelerada pela pandemia, trouxe inovações como a ampliação da telemedicina, uso de redes sociais e plataformas digitais para discussão de casos clínicos e educação permanente. Por outro lado, evidenciou limites da assistência mediada por telas, como sobrecarga digital e enfraquecimento dos vínculos com pacientes. Refletimos sobre o uso crítico das tecnologias na saúde, apontando a necessidade de políticas públicas que considerem as dimensões éticas, técnicas e simbólicas do cuidado digital, a fim de promover uma atenção oncológica mais equitativa, humanizada e sensível às realidades locais.

ABSTRACT

This study analyzed physicians' experiences regarding the challenges of virtualization in breast cancer care during and after the covid-19 pandemic, in São Luís – Maranhão (Brazil). This is a qualitative study based on interviews with 18 physicians involved in breast cancer treatment. The results show that virtualization, accelerated by the pandemic, brought innovations such as the expansion of telemedicine, the use of social media, and digital platforms for clinical case discussions and continuing education. On the other hand, it also revealed the limits of screen-mediated care, such as digital overload and the weakening of patient-provider relationships. We reflect on the critical use of technology in healthcare, highlighting the need for public policies that consider the ethical, technical, and symbolic dimensions of digital care, in order to promote more equitable, humanized, and locally sensitive oncology care.

INTRODUÇÃO

As tecnologias digitais em saúde vêm transformando o cuidado médico, processo intensificado pela pandemia de covid-19. A telemedicina e outras plataformas virtuais possibilitaram a continuidade de tratamentos crônicos, como o oncológico, mesmo diante das restrições sanitárias (Brasil, 2022; Patt et al., 2021), ao mesmo tempo em que trouxeram novos desafios relacionados à comunicação mediada por telas, à reorganização do trabalho médico e às desigualdades de acesso.

Nesse contexto, observa-se um processo de virtualização do cuidado, entendido neste estudo como a incorporação crescente de mediações digitais às práticas assistenciais, educativas e comunicacionais em saúde. Mais do que a simples substituição de encontros presenciais por recursos tecnológicos, esse processo envolve transformações nos modos de produzir cuidado, compartilhar informações e estabelecer interações entre profissionais, pacientes e instituições (Latour, 2005; Merhy, 2002).

No Brasil, os impactos da virtualização na assistência oncológica ainda são pouco compreendidos, especialmente no que se refere às desigualdades estruturais

que atravessam o Sistema Único de Saúde (SUS) e às implicações dessa incorporação tecnológica no cotidiano dos serviços (Haddad; Lima, 2024). Persistem lacunas quanto aos efeitos dessas transformações na qualidade do cuidado, nas relações entre médicos e pacientes e nas dinâmicas internas do campo profissional.

Diante desse cenário, este estudo analisa as vivências de médicos especialistas na assistência ao câncer de mama acerca dos desafios e das possibilidades da assistência oncológica mediada por tecnologias digitais durante e após a pandemia de covid-19, em São Luís–Maranhão, buscando contribuir para o debate sobre equidade e efetividade no cuidado em saúde.

Ao examinar a digitalização da assistência oncológica a partir de um contexto regional marcado por desigualdades socioeconômicas, este trabalho contribui ao evidenciar que a incorporação tecnológica não é neutra nem meramente instrumental. A articulação com conceitos sociológicos permite compreender que a ampliação do acesso convive com novas formas de exclusão simbólica e profissional, revelando como as transformações digitais reconfiguram relações de poder, reconhecimento e legitimidade no campo da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, voltado à compreensão de sentidos, valores e estratégias mobilizados por médicos na assistência oncológica mamária diante da expansão dos meios digitais durante e após a pandemia de covid-19 (Minayo, 2014).

A investigação foi realizada em um hospital oncológico de referência em São Luís–Maranhão, responsável por cerca de 3.500 diagnósticos anuais, correspondendo a mais da metade da incidência estadual, que atende usuários do SUS e da saúde suplementar, oferecendo um panorama diverso de práticas assistenciais (Fundação Antonio Dino, 2022).

Participaram médicos de diferentes especialidades envolvidas no cuidado do câncer de mama, com atuação anterior e durante a pandemia. Utilizou-se amostragem intencional heterogênea, buscando diversidade de gênero, idade, tempo de formação e vínculo público ou privado (Vínuto, 2014). O acesso inicial ocorreu por observação no campo assistencial, seguido da técnica de bola de neve. A coleta foi encerrada após 18 entrevistas, quando se observou saturação de sentidos (Minayo, 2017).

Entre julho e agosto de 2023, uma única pesquisadora realizou as entrevistas semiestruturadas e a aplicação do questionário sociodemográfico, buscando maior uniformidade na condução da coleta de dados (Yin, 2016). As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e totalizaram 8h e 13min.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, conforme Bardin (2011), envolvendo pré-análise, codificação, categorização e interpretação. A análise foi orientada por abordagem sociológica crítica, com ênfase nas contribuições de Bourdieu e diálogo com autores contemporâneos, permitindo compreender as práticas médicas como construções sociais atravessadas por transformações tecnológicas.

O estudo seguiu as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Souza; Silva e Carvalho, 2021) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CAAE 68340223.5.0000.5087). Todos os participantes assinaram termo de consentimento

livre e esclarecido e foram identificados por código alfanumérico, assegurando o anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 18 médicos (Tabela 1), cujos relatos evidenciam que a pandemia de covid-19 transformou as formas de cuidar, comunicar e aprender.

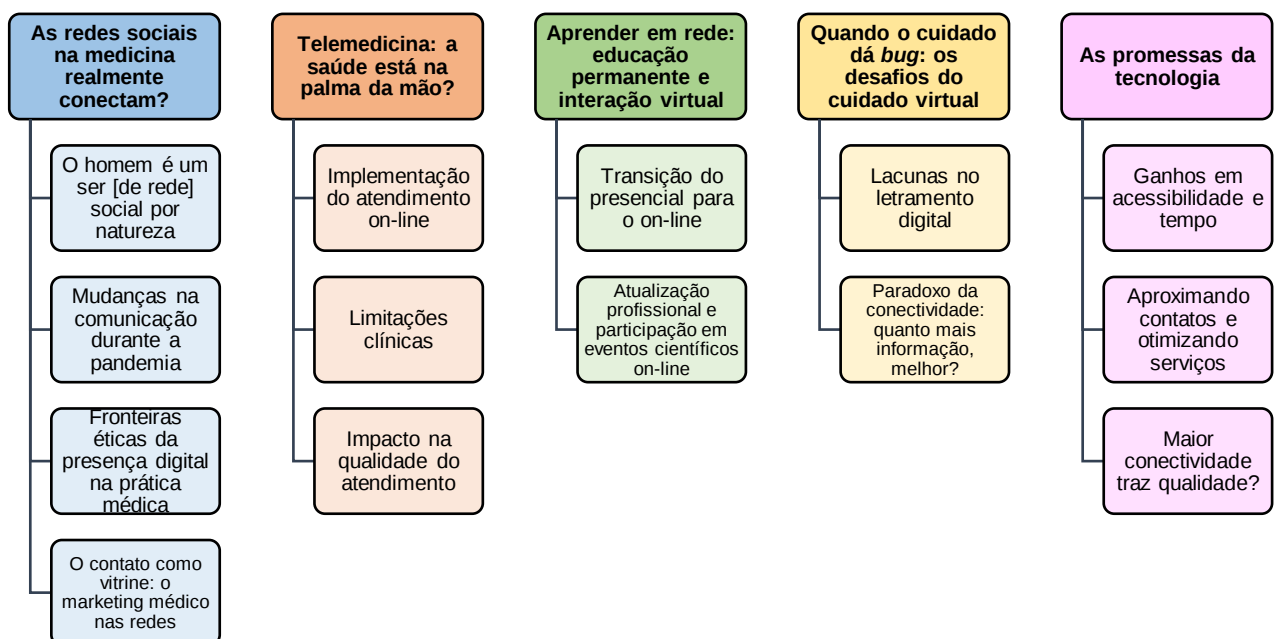
Tabela 1: Perfil dos participantes da pesquisa

Código	Idade em anos	Gênero	Tempo de formação em anos	Especialidade	Tempo de atuação no hospital em anos
M1	≥50	feminino	16-25	Radiologia	11-20
M2	40-49	masculino	16-25	Cuidados paliativos	≤10 anos
M3	≥50	feminino	>25	Ginecologia	>20
M4	≥50	masculino	>25	Mastologia	>20
M5	≥50	masculino	>25	Mastologia	>20
M6	≥50	feminino	16-25	Mastologia	11-20
M7	<40	masculino	16-25	Mastologia	11-20
M8	<40	feminino	≤15	Oncologia	≤10 anos
M9	40-49	feminino	≤15	Oncologia	≤10 anos
M10	40-49	feminino	16-25	Oncologia	11-20
M11	40-49	masculino	16-25	Oncologia	11-20
M12	≥50	feminino	>25	Oncologia	11-20
M13	<40	masculino	≤15	Emergência	≤10 anos
M14	<40	feminino	≤15	Emergência	≤10 anos
M15	<40	masculino	≤15	Emergência	≤10 anos
M16	40-49	feminino	16-25	Radioterapia	11-20
M17	≥50	masculino	16-25	Radioterapia	11-20
M18	40-49	masculino	16-25	Radioterapia	11-20

Fonte: elaborada com dados próprios (2026)

A seguir, apresentam-se os eixos temáticos que estruturam a análise (Figura 1), articulados à relação médico-paciente, às tecnologias digitais, à atualização profissional e aos desafios da assistência remota.

Figura 1: Categorias analisadas na pesquisa.



As redes sociais na medicina realmente conectam?

As inovações digitais na medicina extrapolam o uso de tecnologias terapêuticas e incidem diretamente sobre a comunicação em saúde. Segundo os entrevistados, a pandemia de covid-19 intensificou o uso das redes sociais, que passaram a ocupar lugar central na relação médico-paciente, transformando práticas de interação, escuta e cuidado. Diante desse cenário, questiona-se se essas plataformas promovem, de fato, conexões significativas.

1) O homem é um ser [de rede] social por natureza

Na era digital, a comunicação entre médicos e pacientes extrapola as consultas presenciais. Ferramentas como o WhatsApp já eram utilizadas na oncologia, de forma informal, para o acompanhamento remoto de pacientes e cuidadores (Sirintrapun; Lopez, 2018).

[...] a gente sempre usa o Whatsapp... Praticamente acabou se tornando uma ferramenta de trabalho hoje. Então, antes da pandemia, a gente já usava pra ter contato com o paciente, entendeu? Durante a pandemia, isso só se intensificou bem mais. (M12)

A noção aristotélica de que o homem é um ser social por natureza fundamenta a compreensão da comunicação como dimensão constitutiva do cuidado (Aristóteles, 2009). No cenário contemporâneo, essa sociabilidade se expressa na metapresencialidade (Almeida Filho, 2024), em que presenças física e digital coexistem. Nesse contexto, interações médico-paciente mediadas por ferramentas como o WhatsApp passaram a integrar o cuidado oncológico, ampliando o acesso e redefinindo relações assistenciais.

2) Mudanças na comunicação durante a pandemia

Embora a comunicação mediada por tecnologias digitais já integrasse a prática médica antes da pandemia, a covid-19 representou uma inflexão decisiva nesse processo. O distanciamento social restringiu atendimentos presenciais e impôs a manutenção do acompanhamento de pacientes oncológicos imunossuprimidos sem ampliar o risco de exposição ao vírus. Nesse contexto, plataformas digitais e aplicativos de mensagens, como o WhatsApp, deixaram de ocupar um papel periférico e passaram a constituir canais centrais de comunicação, triagem e orientação, reconfigurando a relação médico-paciente e os limites da disponibilidade profissional (Mishkind; Shore; Marceau, 2021; Tofani et al., 2025).

É, a relação médico-paciente se tornou um momento imediatista, porque a gente acabou oferecendo uma via de acesso fácil pra muitos pacientes que a gente se preocupava muito, né? Que foi o WhatsApp, o telefone, redes sociais... Então, acabou que o relacionamento médico-paciente mudou pra tentar facilitar essas dificuldades no acesso presencial, que não estavam acontecendo muitas vezes e até para tentar reduzir o número de consultas de pacientes no período de auge da pandemia, né? A gente acabou tentando ser mais acessível. [...] Deu pra suprir a demanda, mas se tornou uma prática e essa cultura dos pacientes agora é permanente, né? (M9)

Cho et al. (2023) apontam que o uso global das redes sociais cresceu cerca de 20% durante os períodos de *lockdown*, intensificando a comunicação digital e ampliando o acesso dos pacientes, com maior imediatismo na relação com profissionais de saúde. Conforme os entrevistados, embora o WhatsApp não substitua a consulta presencial, mostrou-se uma alternativa eficaz para esclarecimento de dúvidas, especialmente nos períodos iniciais de restrição sanitária.

A virtualização do cuidado, contudo, deve ser analisada sob a perspectiva do modelo tecnológico que estrutura o processo de trabalho em saúde. Merhy (2002) adverte que a centralidade de tecnologias duras, como sistemas digitais e protocolos informatizados, pode enfraquecer o núcleo relacional do cuidado quando dissociada das tecnologias leves, baseadas no encontro entre quem cuida e quem sofre. Assim, embora os meios digitais ampliem o acesso, também podem deslocar o cuidado para formas mais despersonalizadas.

3) Fronteiras éticas da presença digital na prática médica

A popularização das redes sociais ampliou a comunicação entre médicos e sociedade, mas também produziu novas tensões éticas. Pacientes, inclusive sem vínculo assistencial formal, passaram a solicitar orientações rápidas, enviar imagens de exames e buscar prescrições a distância. Essas práticas expõem dois riscos principais: a iatrogenia digital, decorrente de orientações incompletas ou mal interpretadas, e a violação do princípio da prevenção quaternária, que visa evitar intervenções médicas desnecessárias e potencialmente prejudiciais (Jamoulle, 2015).

Eu acho que é uma boa alternativa de comunicação com os pacientes, mas acaba sendo também mais trabalhoso pra gente [...] Eu acho que eles [os pacientes] podem ultrapassar o limite ético... [...] Explico que essa comunicação não substitui a consulta médica. (M8)

Langarizadeh, Moghbeli e Aliabadi (2017) defendem que a comunicação virtual em saúde seja orientada por fronteiras claras, com mensagens breves, sem conclusões diagnósticas e acompanhadas da indicação de consulta formal quando necessário. Ainda assim, a interação mediada por redes sociais fragiliza a confidencialidade, pois capturas de tela e reenvios podem expor dados clínicos fora do controle médico.

Estudos indicam que plataformas como Twitter e Facebook vêm sendo utilizadas por oncologistas para educação continuada, *journal clubs* virtuais e engajamento de pacientes; contudo, a ausência de diretrizes institucionais amplia o risco de vazamento de dados, conflitos de interesse e diluição das fronteiras entre informação e cuidado (Markham; Gentile; Graham, 2017).

Embora Bourdieu (2007a) não tenha analisado as redes sociais digitais, o conceito de *habitus* permite compreender as tensões da prática médica nesse cenário. Historicamente moldado no encontro presencial, no sigilo e na autoridade técnica do consultório, o *habitus* clínico é tensionado por lógicas da mediação digital, como exposição pública, resposta imediata e ampliação da disponibilidade profissional. Nesse espaço híbrido, entre consultório e arena pública, a renegociação dessas disposições pode definir se a presença digital atua como apoio ao cuidado ou como fonte de iatrogenia.

4) O contato como vitrine: o *marketing* médico nas redes

As redes sociais, além de facilitarem o contato com pacientes, ampliam a visibilidade médica. Segundo os entrevistados, o marketing digital passou a ser percebido como estratégia eficaz para ampliar a presença on-line e atrair pacientes, reconfigurando as dinâmicas de acesso e oferta do cuidado.

É difícil, é viciante, mas é difícil. Mas ela [a rede social] facilitou a vida do paciente, por ter mais acesso à ajuda nossa, ao contato, a dúvidas, mas ela [a rede social] também ajudou a gente a aparecer mais para a clientela, né? A gente começou a postar casos de sucesso, começamos a postar mais sobre a nossa vida pessoal e isso se refletiu no aumento da agenda. Então, a minha particularmente eu achei que aumentou, eu fui criando ali posts e cresceu, eu achei que eu ganhei mais visibilidade. [...] Eles vêm através de mensagem, tira dúvida e a gente posta coisas sobre estilo de vida, o que fez sucesso... E eles tão encantados, né? (M10)

O uso de plataformas digitais para promover médicos e atrair pacientes tem sido amplamente discutido na literatura, sobretudo após a pandemia, quando a interação on-line se consolidou (Radu et al., 2017; Chêne Neto, 2022). Segundo os entrevistados, a visibilidade ampliada pelo marketing digital intensificou a busca dos pacientes por informações em saúde, reconfigurando o relacionamento médico-paciente e a gestão das agendas.

Nesse contexto, a autoridade médica, tradicionalmente ancorada no capital científico e institucional, passa a ser tensionada por métricas digitais de popularidade e engajamento, inaugurando novas formas de competição simbólica no campo da saúde. A prática médica, assim, passa a operar sob lógicas de visibilidade e performance que contrastam com os fundamentos clássicos de legitimidade profissional e científica (Bourdieu, 2007b).

Telemedicina: a saúde está na palma da mão?

A regulamentação da telemedicina no Brasil consolidou-se durante a pandemia como estratégia para garantir a continuidade do atendimento à distância, segundo os entrevistados. Contudo, esse modelo pode ser compreendido como um novo arranjo de saber-poder, que ultrapassa a adaptação técnica e implica a reconstrução dos modos de cuidar, diagnosticar e interagir na medicina. Permanece, assim, a questão sobre a suficiência do cuidado remoto para assegurar a qualidade da assistência.

1) Implementação do atendimento on-line

Os relatos indicam que a implementação do atendimento on-line ocorreu de forma acelerada durante a pandemia de covid-19, motivada por dificuldades de deslocamento, medo de exposição ao vírus e necessidade de manter o acompanhamento clínico diante das restrições presenciais. Para parte dos entrevistados, a experiência inicial com a teleconsulta exigiu adaptações rápidas e aprendizado em serviço, sendo avaliada positivamente pela manutenção do vínculo, o que favoreceu sua incorporação no período pós-pandêmico.

Tive acesso e hoje eu atendo on-line. Graças a essa mudança na pandemia! Começou com essas dificuldades do paciente, né? “Eu não consegui vir pra

consulta, tenho medo” [...] E foi ótimo! A gente faz até hoje... A comunicação melhorou muito! (M10)

A Lei nº 14.510, de dezembro de 2022 (Brasil, 2022), regulamentou a telessaúde no Brasil, consolidando a telemedicina e viabilizando o atendimento à distância, especialmente durante a pandemia. Esse movimento foi reforçado pela Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (2020–2028), que prevê ampliação do acesso, integração de dados e promoção do cuidado centrado no cidadão (Brasil, 2020).

Evidências indicam que a telemedicina ampliou o acesso, reduziu tempo de espera e custos e aumentou a satisfação dos pacientes, inclusive no manejo de doenças crônicas (Scudeller et al., 2023; Ezeamii et al., 2024). Os relatos dos entrevistados convergem com esses achados: apesar das dificuldades iniciais, o atendimento on-line mostrou-se eficiente e fortaleceu a comunicação com os pacientes.

Com base no conceito de biopoder (Foucault, 2013), a telemedicina pode ser compreendida como dispositivo contemporâneo de gestão da vida, no qual tecnologias, saberes e normas se articulam para regular práticas e condutas. O biopoder opera menos pela repressão e mais pela produção de condutas, por meio de vigilância, normalização e intervenção técnica sobre processos vitais. Embora amplie o acesso, o atendimento remoto também disciplina sujeitos ao organizar fluxos, protocolos, algoritmos e plataformas de dados. A “saúde na palma da mão” pode, assim, tornar-se ponto de captura da vida, no qual autonomia, controle e cuidado se entrelaçam, reconfigurando a relação médico-paciente e as formas de governar a saúde no cotidiano.

2) Limitações clínicas

Embora amplie o acesso, a telemedicina não substitui o exame físico, limitação central no cuidado oncológico, sobretudo no diagnóstico e acompanhamento do câncer de mama, como destacado pelos entrevistados.

Então, eu acho que a dificuldade na telemedicina pra mama é o exame físico, mas acho que existem alternativas pra isso, entendeu? Você pode, na localidade, você pode treinar uma enfermeira pra fazer o exame físico, enquanto você tá fazendo a telemedicina, entendeu? (M6)

Estudos qualitativos com pacientes oncológicos mostram que, além da limitação do exame físico, a telemedicina enfrenta desafios como falta de integração em tempo real com a equipe, redução da conexão pessoal e percepção de consultas mais apressadas. Enquanto alguns valorizam a conveniência e o apoio domiciliar, outros preferem o atendimento presencial, considerado mais acolhedor, sobretudo para decisões terapêuticas, avaliação de complicações e comunicação de notícias difíceis (Granberg et al., 2021).

Além disso, apesar dos avanços durante a pandemia, a adoção plena da telemedicina na oncologia ainda encontra barreiras estruturais, como desigualdades de acesso digital, custos elevados e fragilidades de infraestrutura. Iniciativas como os *Telehealth Research Centers of Excellence*, apoiados pelo *National Cancer Institute*, reforçam a necessidade de investimentos em pesquisa, infraestrutura e políticas públicas para garantir integração segura, eficaz e equitativa da telessaúde (Doshi et al., 2024).

Nesse cenário, a incorporação do atendimento on-line exige a reconfiguração de disposições historicamente associadas à prática presencial. O *habitus* médico, moldado no encontro face a face, no toque clínico e na observação direta, é tensionado por práticas remotas que reorganizam tempos, espaços e formas de interação no cuidado (Bourdieu, 2007a).

3) Impacto na qualidade do atendimento

Embora ofereça conveniência, o atendimento à distância não substitui a interação presencial, essencial para uma abordagem integral do paciente, como destacou o entrevistado M3.

Mas é assim, médico e paciente tem que ter aquela interação... Você olhar o paciente como um todo, porque eu vim dessa época, né? Olhar pro paciente como um todo. Quer dizer, olha a parte técnica, mas você vê a parte emocional, como é que tá... É muito importante! Você tem que saber escutar. Porque muitas vezes quando a paciente vem consultar contigo, às vezes o transtorno emocional tá muito grande. (M3)

A qualidade do atendimento remoto pode ser comprometida pela ausência da comunicação não verbal e pela dificuldade de criar um ambiente acolhedor, elementos centrais do cuidado integral. Brown (2019) ilustra esse risco ao relatar o caso de um paciente terminal que recebeu a notícia de sua condição por meio de um robô, gerando angústia e repercussão negativa. Ao mesmo tempo, experiências como o *telerounding* no Canadá indicam que a empatia pode ser preservada em ambientes digitais quando há continuidade do cuidado e comunicação centrada no paciente. Ainda assim, embora amplie o acesso, a telemedicina não substitui o contato humano, permanecendo um desafio na prática médica.

Embora Judith Butler não tenha formulado sua teoria no contexto da saúde digital, o conceito de performatividade oferece uma chave analítica para compreender as transformações do cuidado mediado por tecnologia. Ao demonstrar que corpos e papéis sociais se produzem nas interações, Butler (2003) permite refletir sobre como médicos e pacientes renegociam gestos, escutas e afetos nos ambientes digitais. Nessas interações mediadas por telas, o cuidado, privado do toque e da observação direta, opera por interfaces que nem sempre captam nuances emocionais do encontro presencial, evidenciando a fragilidade relacional da virtualização da assistência (Ayabakan; Bardhan; Zheng, 2023).

Aprender em rede: educação permanente e interação virtual

1) Transição do presencial para o on-line

Segundo os entrevistados, a expansão dos meios digitais não se limitou ao atendimento de pacientes, mas remodelou a atualização e a colaboração entre profissionais, especialmente na educação permanente. Durante a pandemia, a necessidade de manter o aprendizado diante das restrições presenciais intensificou o uso de ferramentas on-line, muitas vezes adotadas de forma emergencial e sem planejamento adequado. Ainda assim, esses recursos viabilizaram novos modelos de intercâmbio de conhecimento e apoio à decisão clínica, como reuniões, discussões multidisciplinares e congressos científicos.

A gente não tinha reunião lá no Centro de Estudo, a gente não conseguia mais fazer, não. Não tinha como acomodar todo mundo, né? E não podia por conta da aglomeração [...] Então, a maior parte foi feita mesmo via eletrônica, né? Via vídeo chamada. (M13)

Os *tumor boards*, reuniões multidisciplinares essenciais na oncologia para discussão de casos complexos, já integravam a prática assistencial antes da pandemia, predominantemente de forma presencial e restrita às equipes locais. Estudos, contudo, já apontavam o potencial das videoconferências para superar barreiras geográficas e ampliar a participação de especialistas, com impacto positivo em desfechos clínicos e satisfação dos pacientes (El Saghir et al., 2014; Di Pilla et al., 2022; Sirintrapun; Lopez, 2014).

Com a pandemia, esses encontros migraram para o ambiente virtual, garantindo continuidade e reforçando seu papel na qualidade assistencial. Segundo os entrevistados, o formato on-line ampliou a integração entre serviços e consolidou os *tumor boards* como espaços de educação permanente e apoio à decisão clínica. Evidências internacionais corroboram que, apesar das dificuldades iniciais, interações remotas aumentaram a flexibilidade e o acesso à informação (Zhao et al., 2024).

Essa dinâmica pode ser analisada à luz da modernidade líquida (Bauman, 2001), marcada por vínculos efêmeros, informações voláteis e pertencimentos frágeis. Se a atualização ultrapassou fronteiras institucionais, os laços profissionais tornaram-se mais tênues, mediados por interfaces digitais. O saber circula com maior agilidade, mas o *ethos* formativo tradicional pode se fragilizar, exigindo reflexão sobre a sustentabilidade dessas práticas.

2) Atualização profissional e participação em eventos científicos on-line

Para os entrevistados, o acesso contínuo a conteúdos científicos foi uma das principais vantagens da mediação tecnológica. Durante a pandemia, a prática clínica exigiu atualizações frequentes, favorecidas pela conectividade entre profissionais de diferentes localidades.

Eu acho que a pandemia trouxe uma coisa bacana para a gente, né? Hoje a gente só não vai conseguir se atualizar se a gente não quiser, porque a tecnologia entrou na nossa casa e a gente hoje, por exemplo, consegue assistir a reunião do [rede hospitalar nacional] na hora do almoço, no carro, com o celular. A gente nunca conseguia reunir com gente que é de São Paulo e Rio de Janeiro, né? Então hoje não, a gente faz isso de casa e tá tranquilo, a gente consegue se atualizar... (M11)

A fala do entrevistado M11 evidencia a incorporação da tecnologia à rotina médica, superando barreiras de tempo e espaço. Sklar (2020) ressalta que plataformas on-line ampliaram o alcance da educação permanente, tornando eventos mais inclusivos e assegurando a continuidade da atualização profissional durante o distanciamento social, com efeitos duradouros no ensino e na prática clínica.

Apesar dessas vantagens, os médicos relataram desafios do ensino remoto, como a necessidade de manter o foco e reorganizar a rotina de estudos.

Assistir os eventos de casa tendo que se concentrar de outra forma... É mais fácil por um lado: você não precisa se deslocar... Por outro lado, você não tá com atenção plena e totalmente direcionada para o evento... Então, ter que dividir as atenções entre a rotina do dia-a-dia com os eventos e esses encontros de atualização, foi uma mudança, né? Que algumas pessoas

conseguiram fazer isso de uma forma melhor e outras menos. Mas trouxe a facilidade e hoje a maioria dos grandes eventos têm esse modelo de acesso on-line, ao vivo, né? [...] Então, isso ampliou a nossa facilidade de acesso à informação, também eu acredito que tenha sido um acelerador de algo que já ia acontecer mesmo no futuro. (M9)

Como destacou o entrevistado M9, a participação em eventos científicos no ambiente doméstico exigiu adaptações. Embora o acesso tenha sido ampliado, o ensino virtual apresentou menor engajamento, distrações e dificuldades de interação (Yagi et al., 2022; Cheng et al., 2023). Esses limites foram agravados por fatores sociais, pois mulheres, especialmente com filhos ou responsabilidades familiares, foram desproporcionalmente impactadas pela sobreposição entre atividades profissionais, acadêmicas e domésticas (Oliveira; Lemke, 2022). Assim, apesar das vantagens logísticas, o formato presencial segue relevante para uma formação mais densa, e propostas de ensino híbrido devem considerar as desigualdades de acesso (Ramakrishnan; Gupta, 2022).

Quando o cuidado dá *bug*: os desafios do cuidado virtual

Apesar das vantagens, a virtualização do cuidado introduziu tensões na rotina profissional, decorrentes da adoção acelerada de plataformas on-line e do aumento do fluxo informacional. No contexto brasileiro, Carvalho et al. (2023) mostram que a metapresencialidade em atendimentos psicológicos emergenciais amplia o alcance, mas cria “zonas cinzentas” de responsabilidade clínica. No campo oncológico, ampliar o acesso virtual não significa, por si, reduzir iniquidades nem garantir qualidade assistencial.

1) Lacunas no letramento digital

A familiaridade com recursos digitais foi um obstáculo relevante para médicos com menor proximidade tecnológica.

Na realidade eu fiz muito pouco [atendimento] on-line, porque eu tenho dificuldade de mexer com tecnologias como vocês... (M5)

A fala acima de um participante de faixa etária mais avançada ilustra como a falta de domínio técnico pode limitar a adesão à assistência digital. Seifert, Cotten e Xie (2021) indicam que o uso de tecnologias em saúde depende de idade, capacitação e suporte institucional, evidenciando a “dupla exclusão” social e digital de profissionais idosos.

A transição acelerada para o atendimento e o aprendizado remoto expôs lacunas formativas e desigualdades no letramento digital. Mais do que destreza técnica, esse letramento envolve a capacidade crítica de compreender e circular no ambiente digital, apropriando-se de seus códigos e lógicas (Kuek; Hakkennes, 2020). Nem sempre desenvolvidas nas trajetórias formativas, essas competências geraram insegurança e sobrecarga para muitos profissionais.

No contexto brasileiro, tais dificuldades se articulam a assimetrias socioeconômicas e educacionais. A ampliação da conectividade tende a beneficiar quem já dispõe de maior renda e infraestrutura, enquanto grupos vulneráveis permanecem à margem ou em condições precárias de uso. Na perspectiva da economia política da saúde, trata-se de uma inclusão excludente, na qual o acesso

não se converte necessariamente em autonomia ou letramento crítico, sobretudo na ausência de políticas estruturantes (Haddad; Lima, 2024; Bolaño; Silva, 2008). Essas barreiras também atingem pacientes oncológicos mais velhos, com dificuldades no acesso a informações e consultas on-line (Carneiro et al., 2024).

A reconfiguração digital da prática médica transformou as dinâmicas internas do campo profissional. Conhecimentos, competências técnicas e títulos acadêmicos, entendidos por Bourdieu (2007a) como capital cultural, seguem valorizados, mas passam a coexistir com novos critérios de prestígio, como o domínio de ferramentas digitais e a presença em redes virtuais. Sob o referencial do campo social (Bourdieu, 2007b), observa-se uma reestruturação simbólica na qual profissionais mais conectados ganham centralidade, enquanto aqueles com menor familiaridade tecnológica perdem capital simbólico, aprofundando desigualdades no interior da própria classe médica.

2) Paradoxo da conectividade: quanto mais informação, melhor?

Nesta categoria, os relatos indicam que a expansão digital, embora tenha ampliado o acesso à informação e às interações profissionais, intensificou a sobrecarga de trabalho. O aumento de *lives*, aulas on-line, *webinars* e notificações instaurou uma demanda contínua por atualização, muitas vezes fora do expediente, gerando a sensação de nunca estar suficientemente atualizado.

O problema é que isso criou uma enxurrada de informações que você agora não consegue acompanhar, porque voltou a vida normal da gente na assistência. Então, o tempo que você tem de tá com a sua família, o tempo que você tem do lazer é o horário que as coisas acontecem... [...] Então, dá aquela sensação que você tá atrasado. [...] E isso gera angústia. E eu acho que isso piora a saúde mental dos mastologistas e dos médicos em geral...
(M6)

O relato acima evidencia o paradoxo da conectividade, em que o acesso facilitado à informação se torna fonte de angústia quando excessivo. Leo et al. (2021) mostram que a hiperconectividade e a pressão informacional contribuem para o *burnout* entre profissionais de saúde, especialmente quando reuniões e atualizações comprometem o equilíbrio entre vida pessoal e trabalho. A dificuldade de delimitar fronteiras entre descanso e exigências digitais intensifica o desgaste emocional e pode afetar a qualidade do atendimento, reforçando a necessidade de estratégias institucionais que reconheçam os limites da conectividade e garantam espaços de desconexão.

As promessas da tecnologia

As falas desta categoria indicam que o cuidado mediado por tecnologias digitais, embora promissor em termos de acesso e eficiência, está imerso em disputas de sentido e reflete desigualdades contextuais. Ao mesmo tempo em que pode atuar como ponte para usuários historicamente excluídos, a tecnologia também pode gerar novas formas de exclusão quando desconsidera contextos socioculturais, impondo responsabilidades adicionais aos profissionais de saúde. O acesso ao cuidado passa a depender da articulação entre recursos, sujeitos e territórios, recolocando a questão: a quem, de fato, a tecnologia alcança?

1) Ganhos em acessibilidade e tempo

A fala do entrevistado M14 destaca o potencial da telemedicina em atendimentos de baixa complexidade.

[...] Muitos pacientes da Dor a gente sabe que é orientação quanto ao uso de medicações... Não são coisas da emergência, mas que a gente sabe que os pacientes acabam procurando... Então, acho que com uma boa triagem a gente conseguiria fazer algumas coisas por telemedicina. (M14)

Estudos indicam que, associada a estratégias de triagem, a telemedicina melhora a eficiência do cuidado e reduz a sobrecarga dos atendimentos presenciais (Sirintrapun; Lopez, 2018). O modelo híbrido, que combina consultas virtuais e presenciais, mostrou-se eficaz em áreas urbanas e regiões com escassez de especialistas, garantindo a continuidade do tratamento oncológico durante a pandemia e o acompanhamento de pacientes com dificuldades de deslocamento ou residentes em áreas desassistidas (Patt et al., 2021; West; Barzi; Wong, 2022).

2) Aproximando contatos e otimizando serviços

No Brasil, a vastidão territorial e as desigualdades regionais exigem atenção à implantação da telemedicina. Para ser eficaz, a virtualização do cuidado deve considerar especificidades locais e adotar estratégias de inclusão das populações distantes, como apontaram os entrevistados.

Eu acho que a gente tem que se aprofundar na telessaúde, na telemedicina... O Brasil é um país continental, não tem como você abranger tudo! (M6)

A fala do entrevistado M6 destaca a telessaúde como ferramenta estratégica para conectar centros especializados a comunidades remotas, desde que haja infraestrutura adequada, capacitação das equipes e acesso digital da população. O Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) busca ampliar a telessaúde por meio da articulação entre políticas públicas, financiamento e inclusão digital, visando evitar o aprofundamento das desigualdades (Brasil, 2024a). Evidências indicam que modelos dessa natureza são eficazes no rastreamento e acompanhamento de condições de saúde, inclusive na oncologia, especialmente em regiões desassistidas (Brasil, 2024b).

Experiências como a plataforma Telessaúde Redes, no Pará, apresentaram resolubilidade entre 45,6% e 70% e elevada satisfação profissional (Natividade et al., 2021). Contudo, sua efetividade depende de suporte técnico contínuo e capacitação das equipes; sem isso, o uso das ferramentas digitais tende a reproduzir assimetrias no acesso ao cuidado (Campos et al., 2009).

Como apontam Haddad e Lima (2024), a virtualização do cuidado não garante, por si, ampliação do acesso no SUS e pode reforçar desigualdades estruturais já presentes na assistência presencial. A ausência de infraestrutura tecnológica e de políticas articuladas limita a telessaúde em territórios vulneráveis, evidenciando os limites de uma perspectiva de cunho determinista que desconsidera as condições sociais e institucionais de implementação das inovações.

No referencial bourdieusiano (Bourdieu, 2007b), esse cenário pode ser interpretado como redistribuição desigual do capital social no campo da saúde. Entendido como o conjunto de redes, vínculos e relações que possibilitam o acesso a

recursos e reconhecimento, o capital social adquire novas configurações no contexto da telessaúde. Médicos e pacientes com maior familiaridade tecnológica, melhor infraestrutura e inserção em redes digitais acumulam vantagens no acesso e no uso eficaz das ferramentas, configurando o que se denomina como “capital digital”, uma reformulação analítica contemporânea do capital social (Verwiebe; Hagemann, 2024). Assim, o que se apresenta como ampliação do acesso e aproximação entre sujeitos também pode revelar a reprodução de distâncias sociais pré-existentes, agora mediadas pela acessibilidade tecnológica.

3) Maior conectividade traz qualidade?

Embora a ampliação da conectividade digital tenha transformado as formas de atualização e interação profissional, os relatos indicam que o maior acesso à informação não se traduz necessariamente em melhor qualidade da educação permanente ou do cuidado. Durante a pandemia, a incorporação acelerada de meios digitais foi fundamental para a continuidade das trocas científicas; contudo, a conectividade, por si só, não garante maior qualidade formativa ou assistencial, pois seus efeitos dependem da infraestrutura disponível, da mediação pedagógica e da capacidade de converter o excesso informacional em aprendizado significativo.

Então, eu acho que foi uma coisa de positivo que a pandemia trouxe, né? Pra gente como médico, né? Que é essa questão da atualização em tempo real... [...] A pandemia trouxe o déficit pessoal, que é essa relação interpessoal que é importante, lógico, mas assim, em nível intelectual, da questão científica, não, eu acho que a gente conseguiu manter. (M11)

A declaração do entrevistado M11 evidencia a resiliência da educação permanente durante a pandemia, com a manutenção da atualização científica apesar do isolamento social. Estudos indicam que a educação médica se adaptou ao ambiente virtual, promovendo formas mais flexíveis de aprendizagem e ampliando o alcance das trocas científicas por meio de ferramentas digitais e modelos híbridos (Zhao et al., 2024; Carneiro et al., 2024). Mesmo com a redução das interações presenciais, a atualização em tempo real com especialistas de diferentes regiões consolidou uma cultura de aprendizado em rede que persiste no período pós-pandêmico.

A intensificação da conectividade acelerou a circulação de evidências científicas, mas também trouxe desafios associados à infodemia, marcada pelo excesso de informações imprecisas ou contraditórias (Organização Mundial da Saúde, 2020; Cinelli et al., 2020). Essa sobrecarga exigiu maior discernimento crítico dos profissionais e ampliou a sensação de insegurança diante da multiplicidade de conteúdos disponíveis.

Nesse contexto, a saúde mediada por tecnologias digitais não pode ser compreendida como mero avanço técnico. O conceito de Saúde Digital, conforme Haddad e Lima (2024), refere-se a uma estratégia integrada voltada ao enfrentamento de desigualdades históricas por meio do uso de tecnologias, mas que também suscita desafios éticos e de acessibilidade. Almeida Filho (2024) acrescenta que, enquanto dimensão da saúde coletiva, a Saúde Digital opera simultaneamente nos mundos físico e digital, podendo transformar práticas assistenciais e formativas, mas também reproduzir exclusões preexistentes. Para que a conectividade se traduza em melhoria efetiva do cuidado, é necessário considerar os aspectos sociotécnicos envolvidos, como infraestrutura, formação profissional e políticas públicas inclusivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A virtualização do cuidado, especialmente no contexto oncológico, ampliou possibilidades assistenciais e de atualização profissional, mas também impôs desafios éticos, relacionais e organizacionais que exigem reflexão crítica sobre confiança, qualidade do cuidado e relações médico-paciente.

A pandemia de covid-19 acelerou esse processo e evidenciou tanto as limitações do modelo tradicional quanto o potencial das tecnologias digitais na assistência e na educação médica. Ao mesmo tempo, revelou que a consolidação da telemedicina como prática permanente depende de uma implementação equilibrada, capaz de evitar a sobrecarga de profissionais e pacientes, sem comprometer a integridade e a segurança do cuidado.

Para que essa incorporação seja sustentável, tornam-se necessárias medidas concretas, como a elaboração de protocolos institucionais claros para interações virtuais, a inclusão sistemática de formação em letramento digital nos processos de educação permanente e o fortalecimento de marcos regulatórios éticos que delimitem responsabilidades e protejam a confidencialidade nas relações mediadas por tecnologia.

Quando orientada por princípios de equidade, responsabilidade institucional e compromisso ético, a mediação tecnológica pode constituir-se como elo de aproximação entre médicos, pacientes, saberes e territórios. Mais do que um legado circunstancial da pandemia, a “digitalização” do cuidado poderá contribuir para a transformação da assistência em saúde, desde que acompanhada de políticas públicas estruturantes e sensíveis às desigualdades sociais que atravessam o campo da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Metapresencialidade, saúde digital e saúde coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230473, 2024.

ARISTÓTELES. **Política**. Tradução de Nestor Silveira Chaves. São Paulo: Martin Claret, 2009.

AYABAKAN, S.; BARDHAN, I.; ZHENG, Z. Impact of telehealth and process virtualization on healthcare utilization. **Information Systems Research**, 2023. DOI: 10.1287/isre.2023.1220.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BOLAÑO, César Ricardo Siqueira; SILVA, Luiz Marcos de Oliveira (org.). **Economia política, trabalho e conhecimento em saúde**. São Cristóvão, SE: Editora UFS, 2008.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007a.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007b.

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Acesso a Especialistas oferece cuidado integrado a pessoas com câncer**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b.

BROWN, S. Preserving the human touch in medicine in a digital age. **Canadian Medical Association Journal**, v. 191, n. 22, p. E622–E623, 2019.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Rogério Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMPOS, Francisco Eduardo et al. The National Telehealth Program in Brazil: support for primary health care. **Latin American Journal of Telehealth**, v. 1, p. 39–66, 2009.

CARNEIRO, A. C. et al. Telemedicine care during the COVID-19 pandemic: experience in vulnerable populations in Brazil. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 30, p. 715–721, 2024.

CARVALHO, L. B.; SOUZA, A. S.; PEREIRA, L. C. S.; MELO, A. K. Virtualização dos cuidados emergenciais psicológicos em saúde mental na pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 45–60, 2023.

CHÊNE NETO, G. B. O marketing em saúde pós-pandemia de COVID-19. **Revista Científica Intelletto**, v. 6, n. 2, 2022.

CHENG, C. et al. On the advantages and disadvantages of virtual continuing medical education: a scoping review. **Canadian Medical Education Journal**, v. 14, n. 1, p. e1–e9, 2023.

CHO, H. et al. **The bright and dark sides of social media use during COVID-19 lockdown**: contrasting social media effects through social liability vs social support. *Computers in Human Behavior*, v. 146, p. 107795, 2023.

CINELLI, Matteo et al. The COVID-19 social media infodemic. **Scientific Reports**, v. 10, p. 16598, 2020.

DI PILLA, A. et al. The impact of tumor boards on breast cancer care: evidence from a systematic literature review and meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, p. 14990, 2022.

DOSHI, S. D.; BANGE, E. M.; DALY, B.; KUPERMAN, G.; PANAGEAS, K. S.; MORRIS, M. J. Telemedicine and cancer care: barriers and strategies to optimize delivery. **The Cancer Journal**, v. 30, n. 1, p. 8–15, 2024.

EL SAGHIR, N. S.; KEATING, N. L.; CARLSON, R. W.; KHOURY, K. E.; FALLOWFIELD, L. Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, v. 34, p. e461–e466, 2014.

EZEAMII, V. C. et al. Revolutionizing healthcare: how telemedicine is improving patient outcomes and expanding access to care. **Cureus**, v. 16, n. 7, e63881, 2024.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

FUNDAÇÃO ANTONIO DINO. **O hospital**. Disponível em: <https://fundacaoantoniodino.org.br/hospitalaldenorabello/>. Acesso em: 01 jan 2022

GRANBERG, R. E. et al. Medical oncology patient perceptions of telehealth video visits. **JCO Oncology Practice**, v. 17, n. 9, p. e1333–e1343, 2021.

HADDAD, A. E.; LIMA, N. T. Saúde digital no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 28, e230597, 2024.

JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 4, n. 2, p. 61–64, 2015.

KUEK, A.; HAKKENNES, S. Healthcare staff digital literacy levels and their attitudes towards information systems. **Health Informatics Journal**, v. 26, n. 2, p. 592–612, 2020.

LANGARIZADEH, M.; MOGHBELI, F.; ALIABADI, A. Application of ethics for providing telemedicine services and information technology. **Medical Archives**, v. 71, n. 5, p. 351–355, 2017.

LATOUR, B. **Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LEO, Carlo Giovanni et al. Burnout among healthcare workers in the COVID-19 era: review of the literature. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 750529, 2021.

MARKHAM, M. J.; GENTILE, D.; GRAHAM, D. L. Social media for networking, professional development, and patient engagement. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, v. 37, p. 782–787, 2017.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

MISHKIND, M. C.; SHORE, J. H.; MARCEAU, L. D. Rapid conversion to telepsychiatry in response to COVID-19: impact on access to care and provider experience. **Psychiatric Services**, v. 72, n. 7, p. 720–722, 2021.

NATIVIDADE, T. S. S. et al. Avaliação da plataforma Telessaúde Redes no Pará. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, p. 43, 2021.

OLIVEIRA, G. M. M.; LEMKE, V. G. Mulheres médicas: burnout durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, n. 2, p. 288–297, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Managing the COVID-19 infodemic**. Geneva: World Health Organization, 2020.

PATT, D. A. et al. Telemedicine in community cancer care: how technology helps patients with cancer navigate a pandemic. **JCO Oncology Practice**, v. 17, n. 1, p. e11–e15, 2021.

RADU, G. et al. The adaptation of health care marketing to the digital era. **Journal of Medicine and Life**, v. 10, n. 1, p. 44–46, 2017.

RAMAKRISHNAN, S.; GUPTA, S. K. The impact of COVID-19 on the conduct of medical conferences: a paradigm shift. **Annals of Pediatric Cardiology**, v. 15, n. 1, p. 1–3, 2022.

SCUDELLER, P. G. et al. Telemedicina no Brasil: teleconsultas no maior hospital universitário do país. **Telemedicine Reports**, v. 4, n. 1, p. 193–203, 2023.

SEIFERT, A.; COTTEN, S. R.; XIE, B. A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 76, n. 3, p. e99–e103, 2021.

SIRINTRAPUN, S. J.; LOPEZ, A. M. Telemedicine in cancer care. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, v. 38, p. 540–545, 2018.

SIRINTRAPUN, S. J.; LOPEZ, A. M. Telemedicine in cancer care. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, v. 34, p. e461–e466, 2014.

SKLAR, D. P. COVID-19: lessons from the disaster that can improve health professions education. **Academic Medicine**, v. 95, n. 11, p. 1631–1633, 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE02621, 2021.

TOFANI, L. F. N. et al. Uso do aplicativo WhatsApp® na gestão, no trabalho e no cuidado à saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, 2025.

VERWIEBE, Roland; HAGEMANN, Steffen. Bourdieu revisited: new forms of digital capital. **Information, Communication & Society**, v. 27, p. 1–20, 2024.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

WEST, Howard J.; BARZI, Angela; WONG, David. Telemedicine in cancer care beyond COVID-19: Oncology 2.0? **Current Oncology Reports**, v. 24, p. 1843–1850, 2022.

YAGI, K. et al. A web-based survey of educational opportunities of medical professionals based on changes in conference design during the COVID-19 pandemic. **Education and Information Technologies**, v. 27, n. 7, p. 10371–10386, 2022.

YIN, R. K. Pesquisa qualitativa: do início ao fim. Porto Alegre: Penso, 2016.
ZHAO, Y.; SUN, T.; ZHANG, X.; WANG, X.; HU, W. The evolution of medical education in the era of Covid-19 and beyond: a longitudinal study. **BMC Medical Education**, v. 24, p. 1289, 2024.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese procurou analisar os impactos da pandemia de covid-19 na assistência oncológica mamária em São Luís – MA, considerando os setores público e privado, sob a perspectiva de médicos especialistas que atuaram durante e após o período mais crítico da emergência sanitária. Partindo dos pressupostos de que a pandemia reconfigurou práticas, rotinas e sentidos atribuídos ao cuidado em saúde, e de que as desigualdades setoriais influenciaram diretamente a experiência dos profissionais, os resultados apresentados no formato de dois artigos científicos desdobram e exploram essas hipóteses a partir de diferentes enfoques analíticos.

O primeiro artigo, centrado na cronologia da pandemia, evidenciou que as diferentes fases epidemiológicas – especialmente as ondas anteriores à vacinação – geraram impactos distintos na organização dos serviços, na carga emocional dos profissionais e nas estratégias institucionais adotadas. Já o segundo artigo, ao incorporar o debate sobre as tecnologias digitais e a mediação virtual do cuidado, trouxe à tona os dilemas e possibilidades da assistência remota, revelando tanto inovações quanto tensões éticas, técnicas e subjetivas.

Ambos os artigos apontam para a persistência de desigualdades estruturais entre os setores público e privado, mas também revelam a capacidade adaptativa dos profissionais de saúde diante de um cenário sem precedentes. A pesquisa confirma que a pandemia, longe de ser um evento homogêneo, funcionou como catalisador de mudanças – algumas transitórias, outras duradouras – nas formas de cuidar, comunicar, organizar e resistir.

Contribui-se, assim, para o campo da Saúde Coletiva com uma análise situada e crítica da assistência oncológica em contexto pandêmico, articulando estrutura, experiência e mediação tecnológica. A tese tensiona leituras sobre a virtualização do cuidado, ao mostrar como essa mediação, embora inovadora em alguns aspectos, também amplifica desigualdades e desafia princípios éticos fundamentais. Mais do que descrever adaptações institucionais, buscou-se compreender os sentidos produzidos pelos profissionais em contextos de crise, oferecendo subsídios para reflexões e formulações de políticas públicas voltadas ao enfrentamento das desigualdades entre os setores de saúde no Brasil. Apesar de seu recorte local, os resultados dialogam com dilemas estruturais da atenção oncológica em nível nacional.

REFERÊNCIAS

- ACS. American Cancer Society. **Health professionals associated with cancer care**. Disponível em: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/choosing-your-treatment-team/health-professionals-associated-with-cancer-care.html>. Acesso em: 03 jul. 2022.
- ALI, I. The COVID-19 pandemic: Making sense of rumor and fear. **Medical Anthropology**. v.39, n.5, p.1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1745481>. Acesso 01 jul 2022.
- ALVES, P. C. B., SOUZA, I. M. A. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico**. In: Experiência de Doença e Narrativa (M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves & I. M. A. Souza, org.), p. 125-138, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. **Do Processo de Trabalho em Saúde à Dialógica do Cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva**, 2002. Tese de Livre Docência. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- ANDRADE, W. P. TNM8 Breast Cancer Calculator: a tool for breast cancer staging according to the TNM 8th edition. **Mastology**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 24, 2018.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020. Orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-COV-2) em procedimentos cirúrgicos**. Brasília, 30 mar 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-06-2020-gvims-ggtes-anvisa.pdf/view>>
- ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 664-671, 2008.
- ARAÚJO, L. P. de; SÁ, N. M. de; ATTY, Adriana Tavares de Moraes. Necessidades atuais de radioterapia no SUS e estimativas para o ano de 2030. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro: v.62, n. 1, p. 35-42, 2016.
- AKRICH, M. The de-scription of technical objects. In: BIJKER, Wiebe; LAW, John (org.). **Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change**. Cambridge, MA: MIT Press, 1992. p. 205-224.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 7ª edição. Lisboa: 70, editor. 2011.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BESSA, J. de F. Breast imaging hindered during covid-19 pandemic, in Brazil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 55, n.8, 2021.

BIGONI, A. MALIK, A. M. TASCA, R. et al. **Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience**. The Lancet. London, v. 10, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A situação do câncer de mama no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. **Painel coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 nov. 2023.

_____. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19**. 2020a.

_____. Portaria nº188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 3 fev. 2020b.

_____. Portaria Nº874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 mai. 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil** 1988. Brasília: Senado Federal, 2016.

_____. **Lei Nº 14.450, de 21 de setembro de 2022**. Cria o Programa Nacional de Navegação de Pacientes para Pessoas com Neoplasia Maligna de Mama. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 set 2022a.

_____. **Informe Semanal nº 37 de Evidências sobre Variantes de Atenção de SARS-CoV-2**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/informes-de-variantes/informe_s37.pdf/view> Acesso em: 05 jul. 2022b.

_____. **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei nº 8.080/1990 para autorizar e disciplinar a prática da tele saúde em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 dez. 2022c.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394–424, 2018.

BODSTEIN, R. C. de A. Ciências sociais e saúde coletiva: novas questões, novas abordagens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 140–149, 1992.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007a.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007b.

BORDIGNON, M; FERRAZ, L; COLOMÉ BECK, C. L. et al. (In)satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, vol. 16, núm. 3, mayo-julio, 2015, pp. 398-406.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Rogério Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, 2009.

CAMPOS, A. A. L.; GUERRA, M. R.; FAYER, V. A. et al. Tempo para diagnóstico e tratamento do câncer de mama na assistência pública e privada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.43, 2022.

CASTELLS, M. **Redes de indignação e esperança**: movimentos sociais na era da internet. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CATAPAN, S. *et al.* Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, 2024 [no prelo].

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CFM. Resolução CFM nº 2.314/2022. Define e regulamenta a telemedicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 mai. 2022.

CORREIA, T. Interpretação e validação científica em pesquisa qualitativa. **Interface**, v. 17, n. 45, p. 263-274, 2013.

COSTA, G. S.; COTA, W.; FERREIRA, S. C. Metapopulation modeling of COVID-19 advancing into the countryside: an analysis of mitigation strategies for Brazil. **medRxiv**, 2020.

EDGE, S. B.; COMPTON, C. C. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. **Ann Surg Oncol**. v. 17, n. 6, p. 1471-1474, 2010.

ENNIS-MCMILLAN, M.; HEDGES, K. Pandemic Perspectives: Responding to COVID-19. **Open Anthropology**, v.8, n.1, p.1-10, 2020.

FACINA, T. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 1, p. 59-60, 2016.

FAD - Fundação Antonio Dino. **O hospital**. Disponível em: <https://fundacaoantoniodino.org.br/hospitalaldenorabello/> Acesso em: 02/10/2022.

FIOCRUZ, Instituto de comunicação e informação científica e tecnológica em saúde. **Monitora COVID-19**. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 05 jul. 2022.

FRASSON, A. et al. **Doenças da Mama**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

FREIDSON, E., **Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge**. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

FREITAS, R. et al. Contribution of the unified health care system to mammography screening in Brazil, 2013. **Radiologia Brasileira**, v. 49, n. 5, p. 305–310, 2016.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. de A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.28, n. 6, jun, 2006.

HARRIS. J. R.; LIPPMAN, M. E.; MORROW, M. et al. **Doenças da Mama**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 2016.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**, v. 15, n.9, p.1277-1288, 2005.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2026.

_____. **Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global**. Um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

_____. **Atlas on-line de mortalidade por câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 05 jul. 2022.

ISER, B. P., M.; SLIVA, O.; RAYMUNDO, V. T. et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.29, n. 3, p. 1-11, 2020.

LATOUR, B. **Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2011–2022, 2011.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Argonauts of the Western Pacific: an account of native enterprise and adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*. London: Routledge & Kegan Paul, 1922.

MAIA, F. de O. Serviços assistenciais ao paciente oncológico no âmbito do sistema único de saúde-sus. **Revista de extensão da Univasf**. Petrolina: v.7, n.1, p. 86-107, 2019.

MARANHÃO. **Coronavírus Maranhão**. Disponível em: <https://www.corona.ma.gov.br/>. Acesso em: 05 jul. 2022.

_____. Decreto Estadual Nº35.672, de 19 de março de 2020. Declara situação de calamidade no Estado do Maranhão em virtude do aumento do número de infecções pelo vírus H1N1, da existência de casos suspeitos de contaminação pela COVID-19 (COBRADE 1.5.1.1.0 - Doença Infecciosa Viral), bem como da ocorrência de Chuvas Intensas (COBRADE 1.3.2.1.4) nos municípios que especifica. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**. São Luís, MA, 19 mar. 2020.

MARTÍ, C.; SÁNCHEZ-MÉNDEZ, J I. Neoadjuvant endocrine therapy for luminal breast cancer treatment: a first-choice alternative in times of crisis such as the COVID-19 pandemic. **Ecancer**. 14:1027. 2020.

MARQUES, P. Y. C. et al. Covid-19 e familiares: a construção popular do sentido de gravidade da doença. **Revista Saúde Multidisciplinar**, 2023.

MEAD, G. H. **Mind, self and society**: from the standpoint of a social behaviorist. Chicago: University of Chicago Press, 1934.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

_____, DESLANDES, S. F., GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

_____. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Qualitativa**, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

_____. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

MODI, S.; JACOT, W.; YAMASHITA, T. et al. Trastuzumab Deruxtecan in Previously Treated HER2-Low Advanced Breast Cancer. **The New England Journal of Medicine**, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2203690

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 05 ago. 2023.

PARK, Ko Un; GREGORY, Megan; BAZAN, Joey et al. Neoadjuvant endocrine therapy use in early stage breast cancer during the covid-19 pandemic. **Breast Cancer Research and Treatment**. n.188, p. 249-258. 2021.

PAULINELLI, R. R. et al. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 17–24, 2003.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Dicionário da Educação Profissional em saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario>. Acesso em: 03 jul. 2022.

PINHEIRO, A. B. et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 351–359, 2013.

POPE, C., MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RAMOS, D. R; RAMOS, M. F. P. R; RAMOS, P. F. M. Diagnosis of breast cancer in Brazil: reflection on the impact of the COVID-19 pandemic. **Mastology**. Rio de Janeiro, v.31, n. 5, 2021.

RECUERO, R. **Redes sociais na internet**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

REIS, A. P. A.; PANOBIANCO, M. S.; GRADIM, C. V. C. Enfrentamento de mulheres que vivenciaram o câncer de mama. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, n. 2758, p. 1-10, 2019.

RIBEIRO, C. M; CORREA, F. de M.; MIGOWSKI, A. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019-2020. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v.31, n. 1, 2021.

ROCHA, L. **Queiroga assina portaria que determina fim do estado de emergência por covid-19**. CNN BRASIL. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/queiroga-assina-portaria-que-determina-fim-do-estado-de-emergencia-por-covid-19/>. Acesso em: 05 jul. 2022.

RODRIGUES, A. D.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da região sudeste do Brasil, 1980-2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 241–248, 2011.

ROSA, L. M. da; RADÜNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama. **Texto contexto enferm.** Florianópolis, v. 22, n.3, p. 713-721, 2013.

SAIDEL, M.G. B. et al. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente à pandemia de Coronavírus. **Revista Enfermagem UERJ**, 2020.

SANAR. **Linha do tempo do Coronavírus no Brasil**. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/linha-do-tempo-do-coronavirus-no-brasil>. Acesso em: 05 jul. 2022.

SANTOS, R. DE S.; MELO, E. C. P. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 410–416, 2011.

SÃO LUÍS. **Notícias**. Disponível em: <https://saoluis.ma.gov.br/semus/noticias>. Acesso em: 01 nov. 2024.

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1285–1296, 2009.

SKABA, M. M. V. F. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica**. Tese (Doutorado) – Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SINGER, M. Syndemics and the biosocial conception of health. **SN Comprehensive Clinical Medicine**, v. 3, n. 6, p. 1386–1397, 2021. DOI: 10.1007/s42399-021-01064-2.

SOUZA, J. B. de; CONCEIÇÃO, V. M. da; ARAÚJO, J. S. et al. Câncer em tempos de COVID-19: repercussões na vida de mulheres em tratamento oncológico. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. v.28, 2020.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2025**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2025. 448 p.

SRNICEK, N. **Platform capitalism**. Cambridge: Polity Press, 2017.

SUNG, H.; FERLAY, J.; SIEGEL, R. L. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**. Atlanta, v.71, n.3, p. 209-249, 2021.

THOMPSON, C. K; LEE, M. K; BAKER, J. L et al. Taking a Second Look at Neoadjuvant Endocrine Therapy for the Treatment of Early Stage Estrogen Receptor Positive Breast Cancer During the COVID-19 Outbreak. **Annals of surgery**. v.272, n. 2, 2020.

TRT, 2023. CORONAVIRUS ÚLTIMA SITUAÇÃO (COVID-19). Disponível em: <https://www.trt.net.tr/portuguese/covid19>. Acesso em: 01 nov. 2023.

VAN DIJCK, J. **The culture of connectivity**: a critical history of social media. Oxford: Oxford University Press, 2013.

VERWIEBE, R.; HAGEMANN, S. Bourdieu revisited: new forms of digital capital. **Information, Communication & Society**, v. 27, p. 1–20, 2024.

VIEIRA, M. R. S; DIAS, L. R. D; ANDRADE, A. F. S. M. et al. Assistência à pacientes oncológicos na era Covid-19: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v. 4, n.3, p. 13990-14005, 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

WHO. World Health Organization. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. 2020a.

_____. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. 2020b.

_____. **Global cancer observatory / International Agency for Research on Cancer**. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>. Acesso em: 05 set. 2022.

_____. **Early detection, cancer control: knowledge into action**. WHO guide for effective programmes, module 3. Switzerland: WHO press; 2007.

_____. **Digital health**. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/digital-health>. Acesso em: 25 abril 2025.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa: do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico e profissional

Data da coleta:	
Código do participante:	
Nome completo:	
Idade em anos:	
Com qual gênero se identifica?	
Qual a cor da sua pele?	
Qual seu maior grau de formação?	
Qual sua religião?	
Qual sua situação conjugal?	
Tem quantos anos de formação em Medicina?	
Qual sua especialidade oncológica?	
Há quanto tempo atua na sua especialidade oncológica?	
Há quanto tempo trabalha no HCAB?	
Atua no setor público do HCAB?	
Atua no setor privado do HCAB?	
Teve covid-19?	Sim () Não () Não teve confirmação ()
Se afastou das atividades profissionais no HCAB devido covid-19?	

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada

Hoje, vamos conversar sobre a sua atuação profissional na área oncológica durante a pandemia da covid-19. Eu gostaria de conversar com você sobre o que viveu e como se sentiu durante o exercício do seu trabalho durante esse período. Você pode falar sobre o que você quiser a respeito, pois isso é importante para nós.

Questões norteadoras	Questões acessórias	
Para iniciarmos, gostaria que você falasse como é a sua atuação profissional nos atendimentos dos setores público e privado no tratamento do câncer de mama, citando as facilidades / diferenças de cada setor.	• E antes da pandemia de covid-19?	
	• E durante os meses iniciais da pandemia de covid-19 (início de 2020, primeira onda)?	
	• E no segundo semestre de 2020 (melhora dos casos, mas antes da imunização contra covid-19)?	
	• E após o início do período de imunização contra covid-19 para os grupos prioritários (início de 2021, segunda onda)?	
	• E nos dias atuais?	
	• No setor privado, como lidou / lida com burocracias (carências contratuais, autorizações, OPME's e medicações de alto custo) durante a pandemia de covid-19?	
Como você lidou com os protocolos e condutas terapêuticas oncológicas na pandemia de covid-19?	• Quais mudanças ocorreram? (Prescrição, técnica cirúrgica, solicitação ou omissão de exames ou então indicação de inversão na ordem habitual de tratamentos)	
	• O que motivou essas mudanças?	
	• Essas mudanças ocorreram em algum momento específico da pandemia?	
	• Alguma dessas mudanças permaneceu para o momento epidemiológico atual?	
Como foi sua atualização teórica e partilha de decisões multiprofissionais (mesa redonda, <i>tumor board</i> ...) durante a pandemia de covid-19?	• Como você conciliava as atividades da assistência com essas atualizações científicas e reuniões clínicas?	
	• Você teve acesso a quais meios de atualização científica e discussão clínica nesse período?	
	• Atualmente suas atualizações científicas e reuniões clínicas permanecem com alguma diferença ou retornaram ao habitual do período pré-pandemia de covid-19?	
Você realizou algum acompanhamento por telemedicina durante a pandemia de covid-19?	• Como foi o início desse tipo de atendimento: planejado ou improvisado?	
	• Esse tipo de atendimento ocorreu por quais meios digitais?	
	• Esse tipo de atendimento teve iniciativa / respaldo institucional ou foi algo informal?	
	• Permanece com esse tipo de modalidade de atendimento?	
Você acha que a assistência oncológica durante a pandemia de covid-19 deixa "heranças" / aprendizados / lições?	• Você pensa que a assistência oncológica retornou ou retornará aos parâmetros pré-pandemia ou essas mudanças são fixas?	
	• Como você se sentiu durante a sua atuação profissional oncológica durante a pandemia de covid-19?	

APÊNDICE C - Roteiro para abordagem por telefone

1. Apresentação do pesquisador;
2. Apresentação do objetivo geral da pesquisa;
3. Informação relativa à aprovação do comitê de ética e de que dada a relevância dos problemas relacionados à pandemia tivemos acesso à relação dos nomes e telefones de profissionais que atuaram na assistência oncológica mamária nos últimos anos;
4. Contextualização da importância da experiência deles para a melhoria do atendimento;
5. Esclarecimento de que são livres para decidir e que agradecemos a atenção em qualquer situação;
6. Acordos relativos à melhor forma, data e horário, para eles, em caso de aceite;
7. Agradecimentos finais e solicitação de outros possíveis telefones de contato.

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “**VIVÊNCIAS NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA PÚBLICA E PRIVADA EM SÃO LUÍS - MARANHÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**”.

O presente estudo visa analisar as percepções sobre as repercussões de diferentes momentos da pandemia de covid-19 no processo de trabalho da assistência oncológica e na trajetória terapêutica de mulheres com câncer de mama, nos setores público e privado em São Luís – Maranhão.

Desse modo, o principal benefício desse estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à gestão e à assistência dos sistemas de saúde, no entanto há um benefício indireto aos profissionais, já que compreender os efeitos da pandemia poderá contribuir para reorganização de diversos modelos de trabalho atuais, possibilitando melhores condições de atuação.

A sua participação será respondendo a perguntas feitas em entrevista individual, a partir de um roteiro semiestruturado com questões norteadoras sobre as vivências dos diagnósticos do câncer de mama e percepções dos tratamentos durante a pandemia de covid-19. Também serão perguntadas informações sobre idade, ocupação e outras características pessoais, e de dados relativos à formação e tempo de experiência profissional, dentre outros.

É importante ressaltar que o(a) Sr.(a) poderá, imediata ou tardiamente, sofrer algum desconforto emocional, pois as perguntas poderão remeter a situações ruins vividas pelo(a) Sr.(a), constrangimento ou lembranças de vivências pregressas desagradáveis, assim, os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo e/ou agendando um outro horário para a entrevista que seja conveniente para o(a) senhor(a), garantindo o apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Se necessário, poderá ser encaminhado(a) para avaliação psicológica na rede de saúde da cidade de São Luís. Sua participação se dará de modo voluntário sem o recebimento de nenhum tipo de pagamento.

Durante todo o período da pesquisa o(a) Sr.(a) tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com os pesquisadores através do contato com a Profa. Dra. Maria Teresa Seabra

Soares de Britto e Alves (98) 3272-9676 ou com a doutoranda Jéssica Mendes Costa de Freitas Santos (98) 99190-6333. Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, poderá entrar em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (Prof. Dr. Emanuel Péricles Salvador, e-mail: cepufma@ufma.br , telefone: 3272-8708).

Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes da pesquisa, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Assegura-se a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e garantimos que sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando referidos ou observados.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Se o(a) senhor(a) entendeu essas informações e concorda em participar deste estudo, por favor, manifeste-se rubricando todas as suas páginas e assinando seu nome abaixo, assim como o pesquisador responsável ou membro da equipe. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável ou membro da equipe e outra com o(a) senhor(a).

Agradecemos muito a sua colaboração.

São Luís – Maranhão, ____/____/2023

Pesquisador

Assinatura do participante da pesquisa

ANEXO I - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para o projeto guarda-chuva



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A pandemia da COVID-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS

Pesquisador: MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35645120.9.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.234.296

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1595362. . Datado de 07/08/2020).

Introdução:

COVID-19 é a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus - 2), o novo coronavírus, que pertence à família de vírus Coronaviridae e causa infecções respiratórias (WHO, 2020a). Possui origem zoonótica, ainda não tão elucidada, mas sabe-se que houve uma mutação do coronavírus presente em morcegos ou pangolim, ambos presentes nos hábitos alimentares de chineses. Foi descoberto, inicialmente como surto na China, em 31 de dezembro de 2019 após casos registrados em Wuhan (ZHU et al., 2020). No dia 11 de março, presente em 114 países com um total de 118 mil casos confirmados e 4.291 mortes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pela infecção por SARS-CoV-2 (WHO, 2020b). Hoje, em 09 de julho de 2020, a maior crise sanitária da história recente foi responsável pela contaminação de 12.068.034 indivíduos e óbitos de 550.159 em 213 países (WORLDOMETER, 2020). No Brasil, por ser um país de dimensões continentais e com importantes diferenças em termos de população e infraestrutura, os protocolos de mitigação podem ter efeitos diversos na propagação da COVID-19 nas diferentes regiões. Portanto, as medidas de enfrentamento devem ser realizadas de acordo com características inerentes a cada região, mas integradas com a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

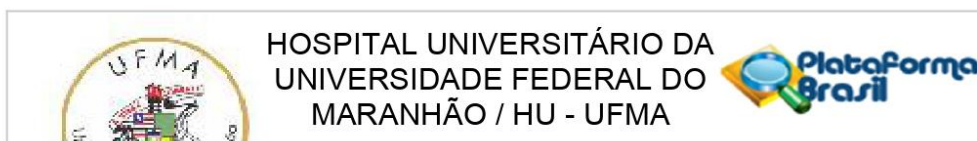
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

situação geral do país (COSTA; COTA; FERREIRA, 2020). Considerando que a principal forma de disseminação do vírus ocorre por meio de gotículas de saliva, o distanciamento social constituiu-se como estratégia fundamental para a redução da transmissão entre humanos (ARAUJO et al., 2020). Em 06 de fevereiro de 2020 foi sancionada no Brasil a lei no 13.979, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da COVID-19, de modo a postergar o pico de casos na curva epidêmica e não sobrecarregar a capacidade dos sistemas de saúde público e privado. As Unidades Federativas passaram a exercer tais medidas a partir da segunda semana de março de 2020 (BRASIL, 2020a). As condições clínicas podem variar de casos assintomáticos ou característicos de uma gripe (tosse, febre e indisposição) a manifestações clínicas graves (pneumonia e insuficiência respiratória aguda) que podem evoluir a óbito, sobretudo, em grupos de risco. Fazem parte destes:

idosos, gestantes, imunodeprimidos, portadores de cardiopatias leves ou descompensadas, de enfermidades renais crônicas ou em estado avançado, enfermidades hepáticas em estado avançado, enfermidades respiratórias e de uma ou mais comorbidades, como diabetes, hipertensão e obesidade (BRASIL, 2020c; WU et al., 2020). A discussão de especialistas sugere que o vírus, apesar de possuir baixa letalidade, pode potencialmente ocasionar o colapso do sistema de saúde. No dia 10 de junho havia uma ocupação de 34.300 leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, sendo 18.546 ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 15.754 da rede privada (BRASIL, 2020b). Como a maior parte da população brasileira utiliza exclusivamente o subsistema público de saúde, SUS está sendo desafiado e é uma ferramenta de grande valia nesse momento. Por meio de protocolos instituídos por investigações científicas, portarias, leis e pesquisas, há a instituição de inúmeras formas de combate à pandemia (FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020). Desde que o Brasil se tornou o epicentro da epidemia na América Latina, e considerando a heterogeneidade de diferentes cenários para a população brasileira (MELLAN et al., 2020), o SUS assumiu um papel central no controle da doença. Porém, tal controle não é apenas uma questão de saúde, mas envolve a conexão entre questões políticas, sociais e econômicas, e que exigem um conjunto de medidas que vão além da contenção imediata da cadeia de transmissão do vírus (SARTI et al., 2020).

Assim, surge o desafio de planejar um modelo social e de sistema de saúde que deve ter o objetivo de proteger vidas, especialmente as mais vulneráveis. Os princípios e ferramentas do SUS são pilares do sistema público de saúde que deve ser estruturado para alcançar e atender às demandas da população, inclusive de periferias e de cidades interioranas (SARTI et al., 2020). Porém, tais atributos podem estar fragilizados, devido à suspensão temporária de serviços de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

atendimento ambulatorial em Unidades Básicas de Saúde (UBS), visitas domiciliares, cirurgias eletivas e do remanejamento de prioridades nos sistemas de emergência, o que torna a população descoberta de tais serviços. Na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do SUS, por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), houve a criação e constante atualização de protocolos para manejo clínico do coronavírus. Assim, foram estabelecidas orientações sobre o curso clínico da doença; o manejo por meio de teleatendimento; referência e contrarreferência; medidas para evitar contágio individual e de prevenção comunitária; apoio à vigilância ativa; recomendações para grupos especiais como gestantes e idoso (BRASIL, 2020c). Já na atenção especializada também houve a criação de um protocolo de manejo clínico cujo objetivo é orientar os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS para identificação, notificação e manejo de casos suspeitos da doença, de modo a mitigar a cadeia de transmissão e apresentar os fluxos operacionais da doença com ênfase na atenção especializada (urgência e emergência hospitalar e não hospitalar) (BRASIL, 2020d). Foram também instituídos protocolos para atendimentos de serviços específicos, como os odontológicos, haja vista a equipe de saúde bucal (eSB) está muito mais exposta à contaminação durante atendimento clínico e ser capaz de acolher, diagnosticar e notificar casos suspeitos da doença, assim como orientar a população a respeito das medidas de prevenção (CFO, 2020). Mesmo com vasto investimento em infraestrutura hospitalar e habilitação de novos leitos, ainda é necessário identificar áreas prioritárias de atuação para redução de casos e criação de políticas para intervenções nacionais, regionais e locais, prevenindo o aumento de casos e reduzindo, assim, a necessidade de internações (REQUIA et al., 2020). Discrepâncias históricas no acesso a leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), distribuição desigual de médicos e de equipamentos, menor nas regiões Norte e Nordeste, demonstram que tais lugares precisaram de maiores investimentos e incrementos urgentes nos sistemas de saúde já fragilizados para poder atender à demanda de pacientes com COVID-19 (DORNA, 2020). Apesar da adoção de medidas preventivas de isolamento social e de manejo terapêutico de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, observa-se aumento significativo de novos casos. Segundo o Ministério da Saúde, através da plataforma digital informativa (Painel Coronavírus) atualizado em 09 de julho de 2020, há 1.755.779 casos confirmados e 69.184 óbitos registrados, correspondente a uma taxa de letalidade de 3,9%, taxa de mortalidade de 32,9/100.000 e taxa de incidência de 835,5

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

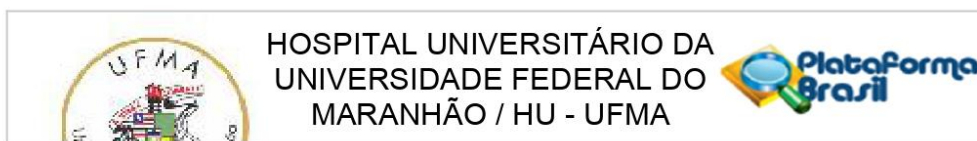
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

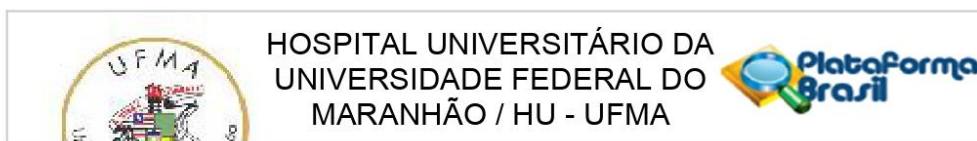
/100.000, por COVID-19 no Brasil (BRASIL, 2020e).

Estudos científicos ainda embasam a necessidade de se obter mais conhecimento acerca do cenário atual e futuro, preenchendo as lacunas existentes. Assim, a vigilância epidemiológica da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 é construída à medida que a OMS consolida informações e há a criação de notas técnicas e evidências científicas publicadas. Nesse contexto, no qual já há sobrecarga no sistema de saúde pública brasileiro nos três níveis (primário, secundário e terciário), o planejamento e gestão em saúde se adaptam para garantir assistência adequada (FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020; REQUIA et al., 2020), uma vez que a COVID-19, além do impacto que causa por si só, alterou a dinâmica da oferta de serviços eletivos, acompanhamento ambulatorial e demais atividades, o que causa prejuízo à integralidade do cuidado. Diante das mudanças de cenário elencadas acima, é necessário conhecer como o SUS está se organizando para garantir assistência aos usuários. Além dos serviços voltados para o atendimento de pessoas com sintomas associados à doença causada pelo novo coronavírus, é importante estabelecer estratégias para a manutenção do cuidado àquelas com outras situações que também carecem de atenção. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da pandemia da COVID-19 na gestão e assistência à saúde no Sistema Único de Saúde. De modo a investigar os impactos sobre indicadores de atenção à saúde, compreendendo a assistência ofertada às mulheres e suas vivências em relação à gestação, parto e puerpério e às crianças, nos primeiros dois anos de idade; os efeitos sobre a atenção em saúde bucal no Brasil, analisando quais impactos incidiram sobre os serviços públicos; as percepções de profissionais de saúde em relação aos cuidados prestados e condições de trabalho; a atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no contexto da COVID-19; a avaliação da dinâmica de regulação e gestão de leitos UTI e o processo de estabelecimento de prioridades.

Hipótese:

No atual cenário de enfrentamento de uma pandemia, o sistema público de saúde brasileiro se depara com situações desafiadoras. Dentre essas há o alto nível de exigência, em especial na gestão e assistência, para se readequar às atuais necessidades. Embora a cada dia suas limitações sejam visíveis, sua importância merece ser reconhecida e o momento é adequado para discussões acerca de possíveis modificações para o futuro. Essa doença evidenciou outros males como a desigualdade social, a violência doméstica, o instável trabalho de informais e autônomos, maiores dificuldades para os refugiados, imigrantes, populações deslocadas, pessoas em situação de rua,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

deficientes e idosos. Com isso, deve-se aprender a enxergar as dificuldades do país (SANTOS, 2020). Assim, para entendimento de como essa pandemia está e ainda pode repercutir, até mesmo romper e gerar novos paradigmas para o sistema de saúde brasileiro, é importante ter um olhar quantitativo, para apontar generalizações; e qualitativo, para compreensão das particularidades das situações. Diante do cenário exposto, acredita-se que a pandemia apresenta implicações tais

como:- A pandemia está causando impacto nos indicadores de desempenho e produtividade dos trabalhadores do SUS, na atenção ao pré-natal, parto e nascimento, dentre outros;- A COVID-19 está desencadeando impactos nos atendimentos de saúde bucal da APS, afetando os indicadores de produtividade da equipe de saúde bucal;- O diagnóstico ou suspeita de COVID-19 aumenta o risco de complicações na gestação, parto e nascimento;- Os profissionais da APS, especialmente o ACS, estão sendo subutilizados no enfrentamento da pandemia na área adscrita de UBS

referências para síndrome gripal;- Não há concordância em relação às áreas com maior densidade de casos ao comparar os registros oficiais com os relatos dos ACS; e- A pandemia está gerando uma nova demanda por leitos de UTI no estado do Maranhão o que pode impactar no processo de estabelecimento de prioridades e influenciar a tomada de decisão para a admissão em UTI.- A Rede de Apoio das gestantes e puérperas diminuiu

devido à necessidade de distanciamento social durante a pandemia de COVID-19; e - As desigualdades de gênero impactam de diferentes modos as relações de trabalho e familiares dos profissionais de saúde.

Metodologia Proposta:

O projeto diz respeito a uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, que abrangerá diversos caminhos metodológicos, buscando esclarecer diferentes aspectos da pandemia da doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2, que se estabeleceu no país no ano 2020. O objetivo é analisar os efeitos da pandemia em relação às gestantes, às puérperas, aos recém-nascidos, à saúde bucal, aos

profissionais e aos gestores por meio da combinação de distintas fontes de dados e instrumentos de coleta tais como questionários estruturados para extração de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Prontuário eletrônico e livro de registros, Sistema da Central Integrada de Leitos (CIL) e

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na abordagem quantitativa. Na qualitativa, utilizando diferentes técnicas como história oral de vida, observação participante, entrevista

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

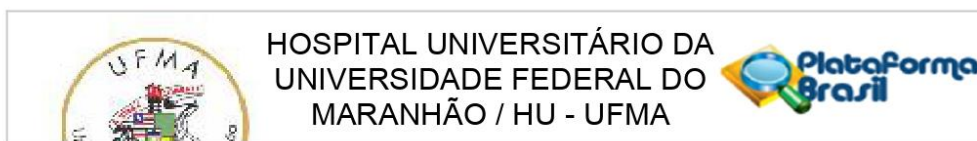
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

estruturada, semiestruturada e grupos focais, que utilizarão roteiro de entrevista semiestruturada, e roteiro com pergunta norteadora como instrumento de coleta. Os locais de estudo são: o Brasil, com suas 26 unidades federativas, Distrito Federal e os 5.570 municípios; os hospitais Universitário e demais que tenham leitos de UTI para COVID-19 no estado do Maranhão; maternidades Materno Infantil do Hospital Universitário e de Alta Complexidade do Maranhão; Unidades Básicas de Saúde referências para a Síndrome Aguda Respiratória

Grave na cidade de São Luís e outras UBS, em demais macrorregiões de saúde do estado do Maranhão, que possuam equipe da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal. A amostra qualitativa será intencional buscando contemplar as diversidades dos sujeitos e o número final será definido por critério de saturação de dados. Para o cálculo do número de indivíduos necessários para a análise quantitativa das possíveis associações entre COVID-19 e os desfechos estudados foi utilizado o software de domínio público EpiInfo, versão 7.2.3.1, levando-se em conta um intervalo de

confiança de 95%; poder de detecção de diferenças de 80%; relação de expostos/não expostos de 2:1 e razão de prevalência de 3.0. Utilizou-se a prevalência da variável-desfecho "anomalias congênitas" (prevalência de 0,50%), por ser o desfecho que necessitou do maior tamanho de amostra. O que resultou em 3.888 indivíduos. Serão acrescidos mais 112 participantes que participarão da intervenção proposta. As coletas dos dados serão iniciadas somente após parecer positivo do comitê de ética e envolvem dados referentes à pandemia e seu impacto nos âmbitos acima mencionados.

Metodologia de Análise de Dados:

Para análise da parte qualitativa dessa pesquisa, as falas serão agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias, interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo, que trata-se de um método organizativo de dados, utilizando-se três processos cognitivos: pré-análise (constituição do corpus do estudo); codificação (a transformação dos dados primários em unidades de representação do conteúdo); categorização (agrupamento das unidades por temática e composição das categorias). A análise temática será realizada em três fases: a primeira fase, na qual serão realizadas as transcrições das entrevistas e a organização de todo o material de pesquisa incluindo os questionários estruturados e os relatos.

A segunda fase é de exploração do material coletado no campo por meio de leitura flutuante e exaustiva do material. A terceira e última fase busca a compreensão das vivências relatadas. Para a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

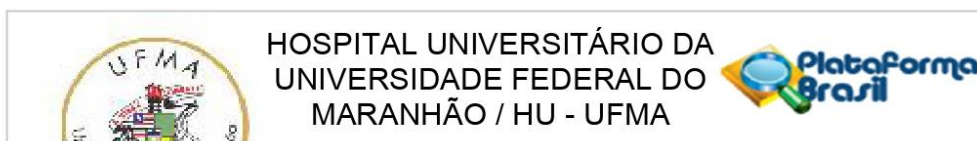
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

parte quantitativa, serão realizadas análises exploratórias, através de frequências absolutas e relativas, média, mediana, estimação de Intervalos de Confiança de 95%, gráficos de dispersão, boxplot e histogramas nos softwares R e STATA. Os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 serão analisados de acordo com a evolução temporal e geoespacial da doença no território das UBS. A cada semana epidemiológica será verificada a incidência e perfil demográfico dos casos. Os casos serão representados em mapas de calor

evidenciando hotspots como possíveis focos de reemergência da doença. Também será possível determinar clusters onde o nº de casos suspeitos ou confirmados permanece estabilizado. Os mapas de calor serão construídos com base na densidade de casos, estratificados em regiões de alto, médio e baixo número de casos. Será utilizado o Create Space Time Cube By Aggregating Points e o Create Space Time Cube From Defined

Locations para estudar a distribuição dos indicadores de qualidade da atenção ofertada à mulher e à criança e da assistência odontológica, incluindo

o período antes, durante e após a pandemia. Estas ferramentas estruturam e resumem conjuntos de dados em um formato de dados netCDF, criando compartimentos de espaço temporal que formam o que se considera um cubo. A ferramenta Emerging Hot Spot Analysis usa netCDF como entrada, executa uma análise de hot spot no espaço-tempo e identifica tendências nos dados agregados de contagem, como novos, hot spots

intensificadores, decrescentes e esporádicos. A ferramenta Local Outlier Analysis também usa o cubo netCDF como entrada e ajuda a identificar clusters e outliers estatisticamente significativos no contexto do espaço e do tempo. Para análise espacial e construção de mapas de calor será utilizado os softwares QGIS e ArcGIS. Os Modelos Autorregressivos Integrados de Médias Móveis (ARIMA) fundamentam-se em 4 passos: a identificação do modelo apropriado para a série temporal, estimação do parâmetro para o modelo identificado, adequação do modelo a partir de

testes estatísticos e análise de resíduos e a previsão dos futuros valores da série. Essa análise será usada para avaliar o impacto da pandemia sob a assistência e o processo de trabalho na assistência pré-natal e odontológica. A fase de identificação do modelo consiste no uso das funções de função de autocorrelação (autocorrelation function – ACF) e autocorrelação parcial (partial autocorrelation function – PACF). ACF é a ferramenta utilizada para a identificação de sazonalidade, ciclos e demais padrões na série. Já, a PACF é usada para estimar o grau de associação entre uma

observação e outra em período anterior, removendo o período intermediário. Para finalizar o modelo ARIMA, existe a necessidade de verificar se os resíduos seguem um formato de ruído

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

branco: sem memória, homocedásticos e normalmente distribuídos. Essa análise será conduzida no software STATA 14.0.

Desfecho Primário:

Efeitos da pandemia da COVID-19 na gestão e na assistência à saúde ofertada no SUS.

Desfecho Secundário:

Vivências das mulheres, profissionais e gestores de saúde durante a pandemia;

Estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes na mitigação dos efeitos da pandemia; e

Estimativa dos efeitos da pandemia nos indicadores de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os efeitos da pandemia pelo SARS-CoV-2 na gestão e assistência à saúde no SUS.

Objetivo Secundário:

- Analisar as repercussões maternas e perinatais da COVID-19 em mulheres e recém-nascidos com suspeita ou diagnóstico da doença;- Analisar os indicadores de assistência à mulher e à criança nos primeiros 1000 dias no período pré e pós pandemia;- Analisar a atuação da equipe de APS, bem como sua percepção acerca da pandemia de COVID-19;- Analisar os indicadores da saúde bucal na APS no período pré e pós pandemia;- Conhecer as percepções de profissionais de saúde acerca da integralidade da atenção ofertada na APS no período pré e pós pandemia; - Avaliar a gestão de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e o processo de estabelecimento de prioridades no âmbito do SUS no contexto da pandemia do COVID-19;- Compreender vivências de mulheres em relação à gestação, parto e puerpério durante a pandemia de COVID-19;- Compreender as percepções acerca de risco e segurança de profissionais de saúde que atuam em maternidade pública, na perspectiva laboral e familiar, durante a pandemia; e- Capacitar ACS para identificar casos suspeitos no território, no intuito de apoiar a vigilância epidemiológica da pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

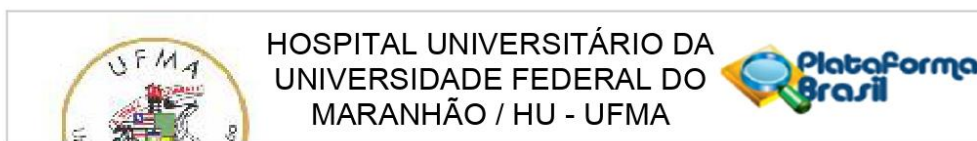
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

Segundo a pesquisadora: Serão solicitadas informações acerca das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho, em percepções, vivências e perspectivas no contexto da pandemia da COVID-19. Também serão solicitadas informações de dados pessoais e profissionais. Embora sejam riscos mínimos, é reconhecido que esta pesquisa poderá originar desconfortos, e os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo ou adiando a entrevista e garantindo sigilo, confidencialidade e apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Ressalta-se ainda que não haverá despesa alguma ao participante de pesquisa.

Benefícios:

Segundo a pesquisadora: Os benefícios desta pesquisa incluem os resultados que ajudarão a conhecer melhor os efeitos da pandemia nos serviços e na vida dos profissionais de saúde, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos negativos da pandemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante na área da saúde pública que tem como objetivo analisar os efeitos da pandemia pelo SARS-CoV-2 na gestão e assistência à saúde no SUS e poderá contribuir para conhecer melhor os efeitos da pandemia nos serviços e na vida dos profissionais de saúde, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos negativos da pandemia.

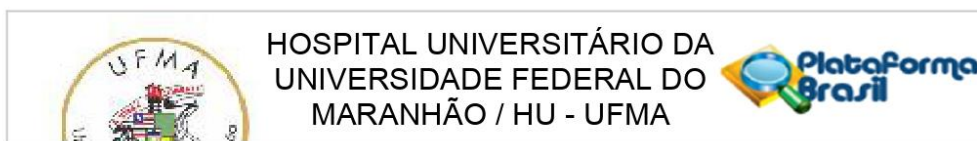
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento (TA), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda a declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	comic.pdf	25/08/2020 08:23:41	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1595362.pdf	07/08/2020 20:34:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_dispensa_TCLE.pdf	07/08/2020 20:33:31	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	07/08/2020 20:32:57	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	Termo_compromisso_dados.pdf	07/08/2020 20:31:55	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_4185092.pdf	07/08/2020 20:30:50	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVIII.pdf	07/08/2020 20:30:39	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TALE_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:30:11	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLEb_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:29:47	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:29:22	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVI.pdf	07/08/2020	Francenilde Silva de	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

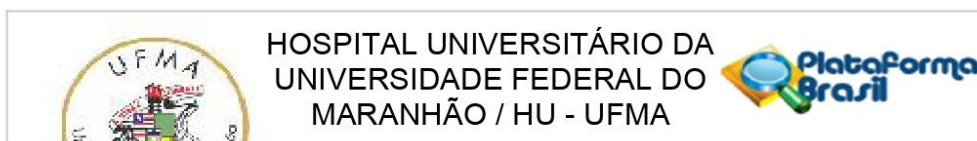
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.296

Outros	TCLE_subprojetoVI.pdf	20:29:01	Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoV.pdf	07/08/2020 20:28:23	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoIV.pdf	07/08/2020 20:27:51	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVID.docx	07/08/2020 20:26:34	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Orçamento	Base_de_Custos.pdf	27/07/2020 16:33:32	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	anuencia_SES.pdf	24/07/2020 20:58:58	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	23/07/2020 22:46:51	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia_pesquisadores.pdf	23/07/2020 22:37:30	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	anuencia_SEMUS.pdf	23/07/2020 22:27:11	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/07/2020 22:16:38	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_apoio_infraestrutura_UFMA.pdf	23/07/2020 22:15:10	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Solicitacao_pesquisador_responsavel.pdf	23/07/2020 22:14:56	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/07/2020 21:38:05	Francenilde Silva de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 25 de Agosto de 2020

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO II - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa para este estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIAS NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA PÚBLICA E PRIVADA EM SÃO LUÍS - MARANHÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68340223.5.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.196.423

Apresentação do Projeto:

Propomos uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória. O estudo será realizado no Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), um hospital com atendimentos públicos (Sistema Único de Saúde) e privados (particulares e por convênios de saúde), localizado em São Luís – Maranhão. A população do estudo será composta por dois grupos: 1) mulheres acima de 18 anos que realizaram alguma modalidade terapêutica de câncer de mama no HCAB durante a pandemia de covid-19, atendidas nos setores público ou privado; 2) profissionais de saúde atuantes no tratamento do câncer de mama no HCAB durante a pandemia de covid-19, dos setores público e/ou privado. Técnica utilizada para obtenção dos dados será a entrevista semiestruturada. Para identificação da amostra serão utilizados questionários estruturados, sendo o questionário dos profissionais com dados sociodemográficos, de formação e atuação e o questionário das pacientes também com dados sociodemográficos, mas incluindo também dados clínicos referentes ao diagnóstico e tratamento realizado. Para complementação dos dados clínicos, será também utilizada análise documental de prontuário hospitalar eletrônico e/ou físico. Para a entrevista será utilizado como instrumento um roteiro para os profissionais e para

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SÃO LUÍS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8005 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 6.196.423

as pacientes, com questões norteadoras sobre as vivências dos diagnósticos do câncer de mama e percepções dos tratamentos durante a pandemia de covid-19. A coleta de dados será realizada após aprovação nas instâncias éticas. Abordaremos os profissionais e pacientes elegíveis no campo para nos apresentarmos, esclarecermos o objetivo do estudo, convidarmos a participar da pesquisa e apresentarmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para entendimento e assinatura do mesmo. Essa abordagem dos possíveis entrevistados será com o objetivo de buscar diversidades de gênero, idade e tempo de serviço para os profissionais, assim como idade, estágio do câncer de mama e tipos de tratamentos realizados nas pacientes. Para análise dos dados será utilizada análise de conteúdo na modalidade temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender as percepções sobre as repercussões de diferentes momentos da pandemia de covid-19 no processo de trabalho da assistência oncológica e na trajetória terapêutica de mulheres com câncer de mama, nos setores público e privado em São Luís - Maranhão.

Objetivo Secundário:

- Conhecer a dinâmica da assistência oncológica mamária pública e privada em São Luís durante diferentes momentos da pandemia de covid-19; • Identificar semelhanças e diferenças no processo de trabalho de profissionais da assistência oncológica mamária ludovicense em diferentes momentos da pandemia de covid-19; • Compreender percepções acerca da trajetória terapêutica de mulheres tratadas de câncer de mama em São Luís durante diferentes momentos da pandemia de covid-19; • Analisar os sentidos atribuídos aos cuidados oncológicos mamários antes e durante a pandemia de covid-19; • Investigar a mudança e manutenção de práticas na assistência oncológica mamária ludovicense durante a pandemia de covid-19

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que serão solicitadas informações pessoais e profissionais dos participantes, embora os riscos sejam mínimos, reconhecemos que esta pesquisa poderá originar desconfortos. Portanto, nos responsabilizamos por reduzir esses riscos, interrompendo ou adiando as entrevistas e garantindo sigilo, confidencialidade e apoio quando necessário. Caso seja preciso, as pacientes

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8003 E-mail: cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA**



Continuação do Parecer: 6.196.423

poderão ser encaminhadas para atendimento psicológico do HCAB e os profissionais para atendimento psicológico da rede de saúde da cidade. Além disso, o participante pode se retirar da pesquisa por qualquer questão que julgar cabível. Ressaltamos ainda que não haverá despesa alguma ao participante de pesquisa ou prejuízo / discriminação nos seus tratamentos clínicos, no caso das pacientes.

Benefícios:

A possibilidade de os resultados ajudarem a conhecer melhor os efeitos da pandemia de covid-19 na assistência oncológica mamária, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos secundários negativos da pandemia vigente e/ou na tomada de condutas em outro possível momento futuro de crise sanitária. Desse modo, o principal benefício desse estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à gestão e à assistência dos sistemas de saúde, no entanto há um benefício aos profissionais e pacientes, já que compreender os efeitos da pandemia poderá contribuir para reorganização de diversos modelos de trabalho atuais, possibilitando melhores condições na assistência oncológica mamária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Entregues de forma adequada

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2046122.pdf	28/03/2023 20:22:24		Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
 UF: MA Município: SÃO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8003 E-mail: cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA**



Continuação do Parecer: 6.196.423

Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	28/03/2023 20:21:51	JESSICA MENDES COSTA DE FREITAS SANTOS	Acelto
Outros	OFICIO_PPGSC_UFMA.pdf	28/03/2023 19:47:01	JESSICA MENDES COSTA DE FREITAS SANTOS	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_ACEITE.pdf	27/03/2023 21:27:00	JESSICA MENDES COSTA DE FREITAS SANTOS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/03/2023 11:18:11	JESSICA MENDES COSTA DE FREITAS SANTOS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2023 11:16:57	JESSICA MENDES COSTA DE FREITAS SANTOS	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PUBLICACAO.pdf	15/03/2023 11:13:56	JESSICA MENDES COSTA DE FREITAS SANTOS	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	15/03/2023 11:13:16	JESSICA MENDES COSTA DE FREITAS SANTOS	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	15/03/2023 11:10:52	JESSICA MENDES COSTA DE FREITAS SANTOS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 23 de Julho de 2023

Assinado por:
Emanuel Péricles Salvador
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1908 CEB Velho
Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8005 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO III - Normas da revista Trabalho, Educação e Saúde (TES)

BRASIL

Pesquisar por título, auto 

Instruções aos autores

Solicitamos que, antes de submeter o seu manuscrito, os autores leiam a [Política editorial](#) da TES e a seção [Sobre a revista](#) para avaliar se seu texto está de acordo com o nosso escopo editorial.



Os manuscritos devem ser submetidos somente pelo sistema de avaliação *online* da Revista, [disponível aqui](#). Não serão consideradas contribuições enviadas por *e-mail*.

Para o envio do texto à revista, o autor responsável deve [cadastrar-se no sistema](#) e [depois cadastrar seu texto](#), informando o seu ORCID e os de eventuais coautores.

Ao submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação referidas pela revista e as [Condições para submissão](#).

Para informações adicionais, consultar os editores: revtes.epsjv@fiocruz.br

Forma e preparação de manuscritos

A revista aceita como submissões espontâneas artigos e artigos de revisão.

Os **Artigos** devem apresentar resultados de pesquisas de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar: títulos e resumos, referências bibliográficas, figuras e notas.

Os **Artigos de revisão** devem apresentar análises críticas, sistematizadas e metodologicamente consistentes da literatura científica sobre um tema prioritário para o periódico. Deverão explicitar objetivos, fontes pesquisadas, aplicações dos critérios de inclusão e exclusão. Tamanho: 4.000 a 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios, notas de conjuntura e debates devem ainda conter um resumo em português, espanhol e inglês de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês e espanhol, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações devem, necessariamente, estar inseridos no seu devido lugar no corpo do texto e ser também enviados separadamente como material suplementar. Não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.



Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Para elaboração das citações, *Trabalho, Educação e Saúde* (TES) baseia-se na norma NBR 10520:2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com ligeiras modificações. A TES adota o sistema Autor-data, com os sobrenomes dos autores escritos em caixa alta e baixa e ano da publicação, no corpo do artigo. Exemplo:
(Frigotto; Ciavatta, 2001).

A *citação direta*, no corpo do texto, de até três linhas, deve vir entre aspas duplas, sobrenome do autor e, entre parênteses, o ano e a página. Ou: citação direta, entre parênteses o nome do autor, ano e página. Aspas simples indicam citação no interior da citação. Exemplos:

Minayo (2001, p. 74) descreve: “[...] a análise de conteúdo é compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”.

Monografia “no sentido lato, é todo trabalho científico de ‘primeira mão’, que resulte da investigação científica” (Salomon, 1978, p. 219).

Se a citação direta exceder três linhas, deverá vir com recuo de 4 cm da margem esquerda, em corpo 11. Exemplo:

O uso intensivo da microeletrônica e a crescente automação dos laboratórios, principalmente a partir da década de 1980, vem causando mudanças importantes no processo produtivo, na organização do trabalho e nas relações sociais (Deluiz, p. 99, 1995).

Nas *citações indiretas*, a indicação da(s) página(s) consultada(s) é opcional. A citação indireta ocorre quando o autor faz um texto baseado na obra do autor consultado. Exemplo:

As emoções, independentes da vinculação ou não com o ambiente organizacional, influenciam no desempenho das pessoas (Frost, 2003).

Se a citação tiver texto traduzido pelo autor, deve incluir o termo “tradução nossa”. Exemplo:

“Ao final de duas semanas, avalie sua experiência” (McGraw, Deane e Francis, 2009, p. 28, tradução nossa).



No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink *et al.* (2001).

Para enfatizar trechos da citação, destaque-os com a expressão “grifo nosso” entre parênteses, após a chamada da citação, ou “grifo do autor”, caso o destaque já faça parte da obra consultada. Exemplos:

A *hipótese da escassez* não explica sozinha o processo de mudança de valores de uma sociedade. (Okado; Ribeiro, 2017, p. 10, grifo do autor).

Em *termos de comportamento*, a motivação pode ser conceituada como esforço e tenacidade exercidos pela pessoa para fazer algo ou alcançar algo. (Chiavenato, 1994, p. 165, grifo nosso)

Adotar a ordem cronológica em que os documentos foram publicados, separados por ponto e vírgula, no caso de vários citados em sequência. Exemplo: (Crespo, 2005; Costa; Ramalho, 2008; Moresi *et al.*, 2010).

Referências Para elaboração das referências, a *Trabalho, Educação e Saúde* baseia-se na norma NBR 6023:2018, da ABNT, com ligeiras modificações. As referências bibliográficas devem ser elencadas, em ordem alfabética de autores, ao final do manuscrito e conter todas as obras citadas no corpo do texto, compondo assim a lista de referências, sem numeração de entrada e com espaço simples entre elas. Quando houver até três autores, todos devem ser indicados. No caso de mais de três autores, indicar apenas o primeiro, seguido da expressão *et al.* O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Os títulos dos periódicos devem ser escritos por extenso. O autor é responsável pela exatidão e pertinência das referências. Para os casos não exemplificados, o autor deve consultar a norma NBR 6023:2018, da ABNT. No caso de existir um número DOI para o documento, ele deve ser incluído ao final da referência. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo em periódico eletrônico

TESSER, Charles D.; NORMAN, Armando H.; VIDAL, Tiago B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, núm. esp. 1, p. 361-378, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2022.



SPINK, Mary J. P. *et al.* A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400019>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5291.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

Se não houver DOI:

FONTES, Virgínia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx e o Marxismo*. Revista do NIEP, Rio de Janeiro, v. 5, n. 8, p. 46-67, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://www.niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/article/view/220>. Acesso em: 10 out. 2020.

Artigo fora de periódico eletrônico

MACHADO, Antônio B. Reflexões sobre a organização do processo de trabalho na escola. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, n. 9, p. 27-31, jul. 1989.

CARVALHO, Jorge. Agora é o desafio local-global. Entrevistado: Peter Senge. *HSM Management*, São Paulo, n. 76, p. 50-57, set./out. 2009.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 1979. 253f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. *In*: ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Congresso (evento) no todo

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 10., 2017, Florianópolis. *Anais* [...]. Florianópolis: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), 2017. Tema: Epidemiologia em defesa do SUS: formação, pesquisa e intervenção.

Partes de congresso (Evento)

SILVA, Levy S. Uma análise experimental do impacto da seleção de atributos em processos de resolução de entidades. *In*: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE BANCO DE DADOS, 34., 2020, Fortaleza. *Anais* [...]. Fortaleza, 1994. p. 1-12.

Dados oferecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)



SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública: doença pelo SARS-CoV-2: Covid-19*. Florianópolis: SES-SC, 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (Unesco). *Política de mudança e desenvolvimento no ensino superior*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. 98p.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Seção 1, Brasília, DF, p. 27.839, 23 dez. 1996.

Legislação em meio eletrônico

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1

jan. 2017.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Relatórios final ou de atividades

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Boletim observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19, Edição Oficial, [2020]. 22 p. Disponível em:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

Jornal

a) Sem indicação de autoria, entra pelo título:

FÓRUM de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.

b) Com autoria:

TOURAINÉ, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.



Internet

a. *Entrevista em periódico eletrônico*:

AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em:

http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf. Acesso em: 7 out. 2013.

b. *Reportagem em jornal eletrônico*:

NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de *crack* das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 19 set. 2013. Seção Cotidiano. Disponível em:

<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>. Acesso em: 27 set. 2013.

LIMÓN, Raúl. Pfizer afirma que sua vacina contra o coronavírus tem eficácia de 90%. *El País*, Brasil, 9 nov. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-11-09/pfizer-afirma-que-sua-vacina-contr-o-coronavirus-tem-uma-eficacia-de-90.html>. Acesso em: 18 nov. 2020.

c. *Texto disponível* (fora de revista ou jornal):

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: saúde*. Brasília: MEC, 2000. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>. Acesso em: 3 out. 2013.

d. *Redes sociais*

LIMA, Nísia T. Um importante debate sobre as ações da Fiocruz no combate à pandemia da Covid 19, no momento em que a instituição comemora 120 anos. Rio de Janeiro, 22 maio, 2020. Facebook: [nisia.trindadelima](https://www.facebook.com/nisia.trindadelima). Disponível em: <https://www.facebook.com/nisia.trindadelima>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CARNEIRO, Sueli. Carta compromisso pelo direito à educação das meninas negras – Geledés. 10 jun. 2021. Twitter: [@suelicarneiro](https://twitter.com/SueliCarneiro). Disponível em: <https://twitter.com/SueliCarneiro/status/1403020818544840708?s=08>. Acesso em: 30 jul. 2021.

e. *Listas de discussão*

BVS Educação Profissional em Saúde: lista de discussão. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. Disponível em: <http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 1 jul. 2021.

f. *Wikipedia*

TRANSPLANTE de medula óssea. *In*: WIKIPEDIA: the free encyclopedia. [San Francisco, CA: Wikimedia Foundation, 2017]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Transplante_de_medula_%C3%B3ssea. Acesso em: 15 maio 2017.



g. *Blog*

PACKER, Abel L. *et al.* SciELO pós 20 Anos: o futuro continua aberto. *In*: SciELO – Scientific Electronic Library Online. *Blog Scielo em Perspectiva*. São Paulo, 19 dez. 2018. Disponível em: https://blog.scielo.org/blog/2018/12/19/scielo-pos-20-anos-o-futuro-continua-aberto/#.YNtqkuhKg_4. Acesso em: 29 jun. 2021.

h. *Live no Youtube*

ÁGORA Abrasco. Painel: desafios da proteção social em tempos de pandemia. Coordenação: Cristiani Machado. Convidados: Esther Dweck, Paola Carvalho, Eduardo Fagnani, [S. l.]: TV Abrasco, 10 jun. 2020. 1 vídeo (158 min). *Live*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ekt8xqXJ-IQ>. Acesso em: 27 maio 2021.

ANEXO IV - Normas da revista *Physis*

04/03/2026, 18:51

SciELO Brasil

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

Tipos de Documentos Aceitos

Physis publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou discussão teórica. Não serão aceitos artigos meramente descritivos que não apresentem uma análise teórico-conceitual dos dados. Serão aceitos artigos do tipo ensaio que representem uma contribuição relevante para o avanço do conhecimento na área. A publicação é decidida pela editora-chefe em conjunto com os editores associados, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos de revisão (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências) que se enquadrem nos seguintes tipos:

Revisão sistemática e meta-análise cuja proposta seja responder a uma pergunta específica e claramente formulada, e cujos métodos assegurem uma síntese abrangente e não enviesada da literatura disponível. Métodos estatísticos (metanálise) podem ou não ser usados para analisar e resumir os resultados dos estudos incluídos. O manuscrito deve apresentar todo o processo de busca dos estudos originais, os critérios de seleção utilizados e os procedimentos adotados na seleção, análise e síntese dos resultados. Os relatórios de revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir a lista de verificação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), disponível em <<https://prisma-statement.org/>>, e devem ser acompanhados de um fluxograma que resuma o fluxo de informações através das diferentes fases. Sugere-se também que as revisões tenham seu protocolo registrado e publicado em uma base de registro de revisões, como o PROSPERO ou Open Science Framework - OSF.

Revisão de escopo cuja proposta seja responder a perguntas de pesquisa mais abrangentes e que ajudem a identificar e esclarecer conceitos e definições dentro de um campo, permitindo o mapeamento ou discussão de características e fornecendo uma indicação do volume de literatura e estudos disponíveis, bem como uma visão geral de seu foco. Tende a focar na natureza, número e características dos estudos, e não necessariamente na síntese dos achados. Todos os caminhos metodológicos seguidos devem ser claramente dispostos, sugerindo-se examinar as regras de metodologia disponibilizadas pelo *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis*

Revisão narrativa cuja proposta seja apresentar análises críticas e discussão de temas de interesse do campo da Saúde Coletiva, numa abordagem mais ampla. Deve apresentar de forma clara os objetivos da revisão, as questões norteadoras e o processo de identificação dos textos incluídos na discussão, mas não se exige um protocolo rígido de execução, nem o esgotamento das fontes de informações. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. De todo modo, é preciso que o texto apresente de forma clara os argumentos elencados na revisão e a análise crítica do tema a partir dos objetivos propostos.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Cartas à editora (até 1.800 palavras, incluindo notas e referências) que podem consistir em: comentários de artigos publicados na revista; comentários acerca de temas relevantes em Saúde Coletiva; comunicação prévia sobre pesquisas em andamento.

Artigos originais por convite compoendo um Dossiê (até 7.000 palavras por artigo, incluindo notas e referências):

Textos inéditos compilados por um editor convidado de reconhecida experiência sobre uma temática da Saúde Coletiva compoendo um dossiê. O Conselho Editorial e o editor convidado deverão deliberar sobre a publicação dos artigos recebidos com base em pareceres (*double-blind peer review*), sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número. Poderão ser publicados no máximo 3 (três) dossiês por ano. [Instruções para dossiês.](#)

Debates: Textos propostos pelos editores ou colaboradores sobre uma temática da Saúde Coletiva, obedecendo à seguinte configuração: um texto de abertura que apresente uma discussão sobre o tema proposto (até 6.000 palavras, incluindo notas e referências); até três textos de debatedores/as convidados/as (até 1.800 palavras cada um, incluindo notas e referências) e uma réplica da/o primeira/o autor/a (até 1.800 palavras, incluindo notas e referências). Os editores da revista ficarão encarregados de avaliar os textos, solicitar modificações, quando for o caso, e decidir por sua publicação. Serão publicados no máximo dois debates por ano.

Contribuição dos Autores

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema **ScholarOne Manuscripts**, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o *login*, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no **ORCID** (*Open Researcher and Contributor ID*, ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).
2. Embora *Physis* seja mantida por uma instituição pública, a verba atualmente destinada à revista não tem sido suficiente para

sua manutenção. Assim, desde 1º de janeiro de 2020, é cobrada uma taxa de publicação, como forma de garantir a continuidade do periódico. **O valor dessa taxa é de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por artigo aprovado, ou seja, na submissão o autor não pagará a taxa, apenas e exclusivamente se o artigo for aceito para publicação. O valor para publicação de textos nas demais seções de *Physis* será de R\$ 200,00 (duzentos reais).** Será fornecido aos autores comprovante do pagamento da taxa. Após aprovação do artigo, os autores serão orientados, por e-mail, sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa. Solicitações de dispensa de pagamento da taxa de publicação, devidamente justificadas, deverão ser encaminhadas à Editoria da revista, que irá analisá-las.

3. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende corpo do texto, notas e referências ([modelo](#)). Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria.** Os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão e na declaração de autoria (item 11, adiante)

4. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme Resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se **a pesquisa é financiada**, se é **resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **Agradecimentos**, ao final do artigo, ou em nota de fim.

5. *Physis* incentiva o depósito de manuscritos em plataformas *preprints*. Caso ocorra o depósito, é necessário que os autores notifiquem aos editores utilizando o campo **"Cover Letter"** inserindo o link (URL) e o número do DOI do manuscrito aceito pela plataforma *preprint*. No que concerne aos artigos que já foram divulgados como *preprints*, a avaliação ocorrerá de forma

simples cega, tendo em vista que será possível consultar os nomes dos autores do texto.

6. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

7. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão**. Resumo e palavras-chave em inglês

devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Os resumos não poderão ultrapassar **200 palavras**, devendo destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e em inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

8. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas devem ser produzidas em *Word*. **Todas as ilustrações devem estar inseridas no corpo do artigo, mas aquelas produzidas em formato que não seja Word deverão ser encaminhadas em arquivos separados também, e serão inseridas no sistema como "image" ou "figure", com respectivas legendas e numeração.**

9. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente**

explicativas, escritas da forma mais sucinta possível. Não há restrições quanto ao número de notas.

10. As referências devem seguir as normas da ABNT (NBR 10520, segunda edição). No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto. No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

Exemplo de referências:

Artigos em periódico:

ALMEIDA, A. M. F. de L.; CHAVES, S. C. L. Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um centro de reabilitação brasileiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, p. 73-85, 2019.

Livros:

ROHDEN, F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

11. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, o número máximo de autores está limitado a seis, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item e/ou solicitar a exclusão de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" ([vide modelo](#)), conforme os critérios do [International Committee of Medical Journal Editors](#), *que determina que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada a:*

- (1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
- (2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo

intelectual;

(3) Aprovação final da versão a ser publicada;

(4) Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

A declaração, assinada por todos os autores, deverá ser digitalizada e encaminhada como documento suplementar ("*supplemental file not for review*"). Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria. Não será admitido o acréscimo de autores após a submissão, e a retirada de algum dos nomes apontados como autor só poderá ser feita caso diretamente determinada pela editoria em função do não atendimento aos critérios de atribuição de autoria.

12. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Atribuição (CC-BY)*. A declaração de responsabilidade, cujo modelo se encontra ao final destas instruções, deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sistema, como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não identifiquem o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer

outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".

13. Conforme orientação da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado. Os nomes e endereços informados serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo também em inglês ou espanhol, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos

de tradução correrão por conta do autor. As versões em português e/ou espanhol ou inglês de cada artigo só poderão ser publicadas no mesmo volume e número da Revista e serão identificadas com o mesmo DOI.

15. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o artigo, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "Cover letter".

16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

17. *Physis* adere ao modelo de ciência aberta, com o livre acesso a todos os artigos publicados através da *Scielo*. *Solicitamos que na submissão seja anexado o [Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta](#).*

18. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Declaração de responsabilidade ([baixar](#))

(MODELO)

A contribuição de cada autor para o texto

foi a seguinte:

AUTOR 1 (ORCID: 0000-0000-0000-0000)*: (atividades

desempenhadas), INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

AUTOR 2 (ORCID: 0000-0000-0000-0000)*: (atividades

desempenhadas), INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

AUTOR *n* (ORCID: 0000-0000-0000-0000)*: (atividades

desempenhadas), INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de *Physis*:

04/03/2026, 18:51

SciELO Brasil

Revista de Saúde Coletiva, declaramos estar de acordo com a política de acesso público e de direitos autorais adotadas por *Physis*, que estabelece o seguinte: (a) os autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, sendo o trabalho simultaneamente licenciado sob a **Creative Commons Atribuição (CC-BY)**, que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico; (b) os autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (p.ex., publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista; e (c) os autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (p.ex., em repositórios institucionais ou em sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Assinaturas:

*ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*)

Contato

PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 6013-E – Maracanã

CEP: 20550-013 - Rio de Janeiro – RJ - Brasil

E-mail: publicacoes@ims.uerj.br; revistaphysis@gmail.com

Web: <https://www.ims.uerj.br/publicacoes/physis/>