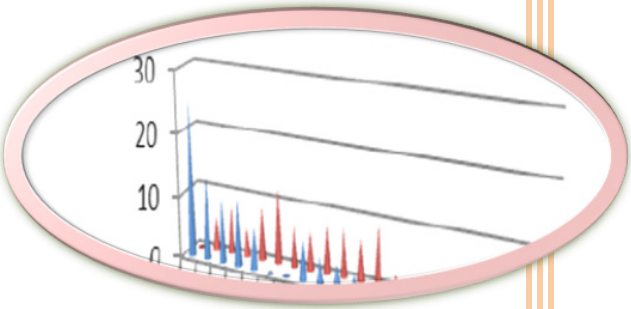
Ministério da SAÚDE

DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

# SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DO HOMEM E DA MULHER

## Programa de Prevenção e Rastreio de Cancros

# MANUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS




**Praia, Outubro de 2015**

## FICHA TÉCNICA

**Ministra-adjunta e da Saúde**

Dra. Maria Cristina Fontes Lima

**Diretor Nacional de Saúde**

Dr. Tomás de Só Valdez

**Coordenadora Nacional do Programa de Prevenção e Rastreio de Cancros**

Dra Maria da Luz de Lima F. Mendonça

## Apoio

Organização Mundial da Saúde

Direção Nacional de Saúde de Portugal

FNUAP

Hospital Dr. Agostinho Neto

Hospital Dr. Baptista de Sousa

Região Sanitária de Santiago Norte

**Revisão:** Dr Ernesto Ramos Rocha

## Grupo de Trabalho

| | |
|---|---|
| Alice Teixeira | Médica Ginecologista |
| Carla Barbosa | Médica Anatomopatologista |
| Celeste Lima Barros | Enfermeira |
| Conceição Pinto | Médica Hematologista |
| Dulce Valadares Dupret | Médica Clínica Geral |
| Dúnia Miranda | Cito histopatologista |
| Elsa Semedo | Médica Cirurgiã |
| Ema Mascarenhas | Médica Ginecologista |
| Ercília Carvalho | Psicóloga |
| Ernesto Hernandez | Médico Cirurgião |
| Ernesto Ramos Rocha | Médico Ginecologista |
| Fátima Sapinho | Médica Ginecologista |
| Henrique Vera Cruz | Médico Cirurgião |
| Hirondina Borges | Médica Oncologista |
| Iolanda Landim | Médica Ginecologista |
| Iraldo Arias | Médico Ginecologista |
| Iria Santiago | Enfermeira |
| Isabel Correia Varela | Enfermeira |
| Joana Freitas | Médica Ginecologista |
| João Carlos Pires Ferreira | Médico Cirurgião |
| José da Rosa | Médico Saúde Pública |
| Joseane Ferreira | Médica Imagiologista |
| Júlia Silva | Psicóloga |
| Linette Fernandes | Médica Hematologista |
| Ludmilde Pina | Médica Ginecologista |

| | |
|---|---|
| Magaly Serine | Médica Oncologista |
| Maria Natalina Silva | Enfermeira |
| Maria da Luz Lima Mendonça | Médica Saúde Pública |
| Maria Luísa Barbosa | Enfermeira |
| Mário Frederico | Médico Urologista |
| Nuno Miranda | Médico Oncologista IPO de Lisboa |
| Solange Gomes | Médica Gastroenterologista |
| Sónia Ferreira | Médica Ginecologista |
| Tomás de Só Valdez | Médico Saúde Pública |
| Valéria Semedo | Médica Internista |
| Vanda Pires Oliveira | Psicóloga Clínica Hospitalar |
| Vanilde Fernandes | Médica Anestesiologista |
| Víctor Costa | Médico Cirurgião |

Este manual foi validado nos dias 30 e 31 de Outubro de 2015 com a participação de profissionais de saúde de todo o País.

# ÍNDICE

**Lista de siglas e abreviaturas** ..... 7
PREÂMBULO ..... 9
INTRODUÇÃO ..... 11
PREVENÇÃO E RASTREIO NOS CUIDADOS DE SAÚDE ..... 13
TIPOS DE RASTREIO DO CANCRO – RECOMENDAÇÕES: ..... 15
Rastreio do cancro do colo do útero ..... 15
Rastreio do cancro da mama ..... 15
Rastreio do cancro do endométrio ..... 16
Rastreio do cancro da próstata ..... 16
Rastreio do cancro coloretal ..... 17
Rastreio do cancro do esófago e do estômago ..... 17
Rastreio do cancro do Fígado ..... 17
Rastreio do cancro do pulmão ..... 18
Rastreio do cancro da pele ..... 18
Rastreio do cancro da bexiga ..... 18
ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA PREVENÇÃO E NO RASTREIO ..... 19
Interlocutores locais do programa de rastreio nos centros de saúde ... 20
Critérios de evacuação inter-ilhas e para o exterior ..... 23
PRINCIPAIS TIPOS DE CANCRO EM CV ..... 25
Cancro do colo do útero ..... 25
Cancro do endométrio/útero ..... 36
Cancro do ov**á**rio ..... 42
Cancro da mama ..... 46
Cancro da próstata ..... 55
Cancro do esófago ..... 60
Cancro do estômago ..... 64
Cancro coloretal ..... 68
Adenomegálias ..... 73

ANATOMIA PATOLÓGICA NO CONTEXTO DO CANCRO ..... 79
Diagnóstico de diversos tipos de cancros ..... 80
A PSICO-ONCOLOGIA ..... 86
PRINCÍPIOS DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO ..... 91
**Cirurgia** ..... 92
**Radioterapia** ..... 92
**Hormonoterapia** ..... 92
**Imunoterapia** ..... 92
**Quimioterapia** ..... 92
**Terapia Paliativa** ..... 92
CUIDADOS PALIATIVOS ..... 101
Avaliação da enfermagem em cuidados paliativos ..... 105
**A intervenção da psicologia em cuidados paliativos** ..... 107
ANEXOS ..... 121

# LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**BAAF -** Biópsia aspirativa por agulha fina

**CAAF -** Citologia aspirativa por agulha fina

**CP** – Cancro da Próstata

**DCV** – Doença Cardiovascular

**DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis

**DII** – Doença Inflamatória Intestinal

**DNT –** Doenças não transmissíveis

**EDA –** Endoscopia Digestiva Alta

**EWGBP -** Grupo de Trabalho Europeu de Patologia Mamária

**FNUAP** –

**HPV –** Papiloma Vírus Humano

**IARC -** *International Agency for Research on Cancer*

**IST –** Infeções Sexualmente Transmisíveis

**LES** – Lúpus Eritematoso Sistémico

**LH -** linfomas de Hodgkin

**LLC -** leucemia linfocítica crónica

**LNH -** linfomas não Hodgkin

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PAAF -** Punção aspirativa por agulha fina

**PPRC** – Programa de Prevenção e Rastreio dos Cancros

**PSA** – Antigénio Prostático Específico

**QT** – Quimioterapia

**RMN** – Ressonância Magnética

**RT** - Radioterapia

**SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**SNS –** Sistema Nacional de Saúde

**TB** - Tuberculose

**TC** – Tomografia Computarizada

**TNM** – Classificação T - extensão do tumor, N - gânglios linfáticos regionais; M - metástases

**THS** – Terapia de substituição hormonal

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

# PREÂMBULO

Sendo a segunda principal causa de morte em Cabo Verde, o cancro é um problema de saúde pública com uma incidência crescente no País, à semelhança do que se verifica em, praticamente, todas as regiões do Mundo. A necessidade de criação de um programa de abordagem integrada do cancro, com a finalidade de identificar e analisar o problema, faz-se sentir há muito tempo. Daí o seu enquadramento na nova orgânica do Ministério da Saúde, publicada em Maio de 2015.

De entre as várias atividades propostas para a implementação desse programa, a elaboração de um manual de controlo do cancro no País, foi estabelecida como uma prioridade, com enfoque nos principais tipos de cancro, de modo a permitir uma abordagem organizada e diferenciada tendo em conta os princípios do Sistema Nacional da Saúde.

Um dos objetivos deste manual é produzir diretrizes de prevenção, diagnóstico, controlo e seguimento do doente com cancro, através de textos de fácil leitura, com conteúdo formativo e informativo adequados para ser utilizado por profissionais de saúde não especialistas em oncologia médica. Por outro lado, este manual vem preencher uma lacuna no Sistema Nacional de Saúde e na literatura médica nacional.

Procurou-se elaborar um documento estruturado que possa alcançar, de forma transversal e simples, todos os aspetos relevantes, tendo como pano de fundo o panorama epidemiológico nacional da doença oncológica e as possíveis condições de prevenção, rastreio, diagnóstico, tratamento, seguimento, reabilitação e cuidados paliativos.

Com o apoio do FNUAP e da OMS, bem como a participação de técnicos de saúde dos Hospitais Centrais da Praia e do Mindelo e do Hospital Regional de Santiago Norte foi possível obter um manual adequado à realidade nacional. É de louvar o envolvimento de todos que aceitaram este desafio.

A Coordenadora Nacional do Programa de Prevenção
e Rastreio de Cancros

# INTRODUÇÃO

O aumento da taxa de incidência do cancro é uma realidade global, envolvendo tanto países de baixa renda como de média e alta de renda. O aumento da esperança de vida, a alteração de hábitos e estilos de vida e o aumento das doenças infeciosas, com consequente exposição permanente a agentes carcinogénicos, são fatores apontados como principais causadores e determinantes desse fenómeno.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que serão diagnosticados no ano 2030, 27 milhões de casos de cancro, com 17 milhões de óbitos, se medidas urgentes e eficazes não forem tomadas. O maior impacto será registado nos países menos desenvolvidos, muitos dos quais mal equipados para enfrentar esse aumento.

A África é uma das regiões das mais afetadas pelo cancro no Mundo, sendo as principais causas: os agentes infecciosos, consumo abusivo do álcool, uso do tabaco, dietas não saudáveis, inatividade física e poluição ambiental, de acordo com o relatório sobre a saúde na Região Africana (2014). Segundo o mesmo relatório, a maior percentagem de cancros é provocada por agentes infecciosos (36%), incluindo os carcinomas do colo do útero, do fígado, do estômago, o sarcoma de Kaposi e o linfoma de Burkitt.

Em Cabo Verde, de acordo com o relatório estatístico de 2014, o cancro continua a ser a segunda causa de morte, totalizando 379 óbitos, com maior incidência nos homens. Desses, 13,5% verificam-se em doentes com cancro do aparelho digestivo (esófago, estômago, fígado e cólon), seguido do cancro da próstata (11,9%). Não existem, ainda, registos fiáveis e centralizados em termos de morbilidade por cancro.

Em 2012, as neoplasias foram a primeira causa de evacuação para o exterior, sobretudo as neoplasias malignas do aparelho genital feminino. Nas mulheres, os cancros do colo do útero e da mama são mais frequentes, enquanto que nos homens os cancros mais frequentes são do aparelho digestivo e da próstata.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016 identifica alguns pontos fracos na abordagem do cancro no País com destaque para: dificuldades financeiras para fazer face às necessidades, insuficiência de meios de diagnóstico e de tratamento, insuficiência de profissionais de saúde qualificados e de equipas multidisciplinares, insuficiência de meios adequados para o tratamento de resíduos de quimioterapia e ausência de um sistema de registo nacional de cancro.

Os desafios são muitos e urge estabelecer um programa estruturado e eficaz que possa encarar o problema de frente e inverter a tendência.

Este manual é dirigido aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e da atenção hospitalar e tem como objetivo principal servir de apoio e orientação sobre normas técnicas de prevenção, rastreio, assim como o essencial para diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes com cancro a nível dos CSP e da atenção hospitalar. Questões mais complexas como estadiamento, tratamentos específicos e orientações ficam remitidas para protocolos que serão elaborados e disponibilizados pelos diferentes serviços de especialidades dos hospitais e, ainda, pelo Programa Nacional de Prevenção e Rastreio dos Cancros da Direção Nacional da Saúde.

# PREVENÇÃO E RASTREIO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

O termo "risco" refere-se ao grau de probabilidade da ocorrência de um determinado evento (Pereira, 1995). Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de indivíduos saudáveis, expostos a determinados fatores, têm de adquirir uma doença.

Os fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, serem herdados ou resultarem de hábitos ou costumes de um determinado ambiente social e cultural (Inca, 2007). Importa realçar os fatores comportamentais, como o sedentarismo, hábitos alimentares, o fumo e o álcool, uma vez que são preveníveis ou evitáveis.

Nesse sentido, torna-se importante sensibilizar os decisores políticos, os prestadores de cuidados de saúde e os utentes para a importância da promoção de uma alimentação saudável, da atividade física e combate ao uso do fumo e do álcool.

Vários tipos de cancro são passíveis de serem evitados com medidas de prevenção primária e atitudes ou estilos de vida saudáveis. Por outro lado, práticas de exames periódicos, rastreios populacionais ou promoção da atenção especial a diversos sinais e sintomas sugestivos, poderão estabelecer diagnósticos em fases precursoras de cancro ou nas suas fases iniciais permitindo, deste modo, tratamentos com alta possibilidade de cura.

A OMS recomenda sete sinais de alerta que poderão sugerir a hipótese da existência de cancros diversos. Na presença desses sinais as pessoas deverão ser orientadas para exames específicos de despistagem de cancro.

**Os sete sinais de alerta recomendados pela OMS** são**:**

- Modificação de cor, dimensões ou ulcerações de verruga ou sinal;
- Alteração dos hábitos alimentares, intestinais ou urinários;
- Rouquidão ou tosse persistente;
- Dificuldade em engolir ou má digestão permanente;
- Ferida que não cicatriza;
- Hemorragia ou corrimento pelos orifícios naturais;
- Nódulo ou dureza persistente na mama ou noutra parte do corpo.

# TIPOS DE RASTREIO DO CANCRO – RECOMENDAÇÕES:

## Rastreio do cancro do colo do útero

Em Cabo Verde, o cancro do colo do útero é a primeira causa de mortalidade por cancro em mulheres, sendo também umas das principais causas de evacuação para o exterior. É um tipo de cancro prevenível, tratável e curável. Um programa de rastreio de base populacional, em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, reduz em cerca de 80% os casos de cancro do colo do útero, pelo que é mandatório a sua implementação, com grande impacto na saúde pública. É também necessária a implementação de um programa de vacinação contra o HPV, visando a redução significativa da morbimortalidade por este cancro.

## Rastreio do cancro da mama

O cancro da mama ocupa o segundo lugar nos óbitos por cancro em mulheres em Cabo Verde, contribuindo também para um número considerável de evacuações. É necessário implementar programas de informação e divulgação do auto-exame mensal da mama, assim como a promoção do exame clínico da mama a ser feita uma vez ao ano. É de se considerar um programa de rastreio baseado em mamografias a partir dos 50 anos e a cada 2 anos, havendo condições logísticas para o efeito.

# Rastreio do cancro do endométrio

A prevenção primária do cancro do endométrio baseia-se no controlo do peso, na prática de exercício físico e controlo de outras patologias ligadas à obesidade (diabetes, hiperlipidémia, hipertensão arterial). A terapia hormonal de substituição (THS) em mulheres não histerectomizadas deve incluir o uso de progestativos. O uso de contracetivos orais combinados pode reduzir para metade o risco de cancro do endométrio devido ao efeito protetor dos progestativos. (3)

A prevenção secundária (rastreio) de base populacional não está indicada. Em mulheres com queixas e sinais indicativos, com fatores de risco próprios ou com antecedentes familiares de cancro do endométrio, de Síndrome de Lynch ou ainda sob hormonoterapia para cancro da mama, está indicada a ecografia transvaginal com posterior histeroscopia e biópsia ou curetagem uterina, quando a espessura de endométrio é ≥5 mm.

# Rastreio do cancro da próstata

O cancro da próstata é de grande letalidade no País, mas não se recomenda o rastreio de base populacional. Em homens entre os 45 a 70 anos de idade, a decisão de fazer exames (PSA e toque retal) deve ser individualizada, compartilhando com as mesmas informações sobre os riscos e possíveis benefícios.

# Rastreio do cancro coloretal

O rastreio do cancro coloretal não é, atualmente, uma prioridade de saúde pública em Cabo Verde, mas seria importante a implementação de um programa de rastreio piloto em pessoas com idade entre 50 a 74 anos, com base na pesquisa de sangue oculto nas fezes a ser feita de 2 em 2 anos, seguida de retossigmoidoscopia e colonoscopia quando indicado. A deteção e a remoção de polipos pode reduzir o risco de cancro coloretal. Mulheres com histórico de cancro do ovário, do endométrio ou da mama apresentam risco aumentado para cancro coloretal.

# Rastreio do cancro do esófago e do estômago

Apesar de serem a primeira causa de óbito em Cabo Verde por cancro em ambos os sexos, não se recomenda rastreio de base populacional. O investimento na prevenção primária é fundamental na redução dos fatores de risco associados aos cancros do tubo digestivo.

# Rastreio do cancro do Fígado

Não há recomendações de programa de rastreio para este tipo de cancro. A prevenção primária baseia-se no combate ao uso abusivo do álcool, na promoção de hábitos alimentares saudáveis, na prevenção de infeções (IST, hepatite B) que podem ser causas do cancro do fígado. A vacinação contra a hepatite B, nomeadamente em recém nascidos, grupos vulneráveis (profissionais de saúde, hemodializados, doentes com drepanocitose, toxicodependentes), assim como o rastreio da

hepatite B nas grávidas e consequente prevenção da transmissão vertical, são importantes na prevenção deste tipo de cancro.

## Rastreio do cancro do pulmão

A prevenção primária é importante para redução dos fatores de risco desta doença com enfoque no combate ao uso do tabaco.

## Rastreio do cancro da pele

Os tipos de cancro de pele mais frequentes em Cabo Verde são os melanomas. Campanhas de sensibilização em relação a exposição prolongada ao sol, particularmente em horários de maior incidência de raios ultravioletas, o uso de protetor solar e a atenção especial à exposição na infância e adolescência são medidas de prevenção primária para o cancro da pele.

Atenção especial deve ser dada às pessoas portadoras de lesões névicas acrais particularmente da planta dos pés, para o diagnóstico diferencial do cancro da pele.

## Rastreio do cancro da bexiga

Tem-se verificado um aumento de notificação de casos de cancro da bexiga nos últimos anos. Em presença de hematúria micro ou macroscópica, principalmente em pessoas expostas aos fumos, tem que ser descartado o diagnóstico de cancro da bexiga.

# ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA PREVENÇÃO E NO RASTREIO

**A luta contra o cancro deve ter como organização básica os Cuidados de Saúde Primários**.

É neste nível que deve ser concentrado o essencial da prevenção primária, na gestão dos rastreios e no seguimento dos doentes.

As mudanças demográficas, os avanços médicos, a economia da saúde e as expectativas das populações mostram que se consegue mais eficácia e maior impacto no nível de saúde da população, com técnicos de saúde treinados e capacitados, prestando cuidados de saúde na comunidade e próximo das pessoas. Implica a coordenação da prestação de cuidados de saúde no seu todo, trabalhando de uma forma integrada com profissionais de outras estruturas do SNS, no contexto dos cuidados primários de saúde e assumindo o papel de advocacia do doente.

A abordagem é centrada na pessoa inserida na família e na comunidade. A gestão dos problemas dos doentes oncológicos, tanto agudos como crónicos, em todas as suas dimensões, é feita ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

A promoção da saúde e o bem estar dos doentes e utentes de uma forma alargada, inseridos numa comunidade e numa família, é uma necessidade constante da luta contra o cancro.

# Interlocutores locais do programa de rastreio nos centros de saúde

**A nível dos Centros de Saúde deverá haver um ponto focal que terá como funções:**

- Implementar localmente as diretrizes do PPRC;
- Colaborar com o Delegado de Saúde na organização e gestão dos recursos humanos e logísticos, para a execução do programa a nível local;
- Garantir e dar a conhecer aos profissionais da sua área de competência as bases metodológicas, o modelo organizativo e os objetivos a atingir com o programa;
- Assumir as funções de referência técnica do programa;
- Colaborar com o Delegado de Saúde na monitorização do desempenho, qualidade e eficiência do programa;
- Colaborar em trabalhos científicos e de investigação, de acordo com o seu nível técnico;
- Garantir o registo oncológico no seu nível.

**Papel do médico da unidade de Cuidados de Saúde Primários no rastreio de doenças oncológicas:**

- Colaborar em ações de informação à população;
- Informar os utentes da importância do rastreio;

- Informar individualmente os utentes alvos dos programas de rastreio;
- Validar a população elegível em cada ano e requisitar o agendamento das consultas e exames subsequentes;
- Realizar as consultas de rastreio em função das opções organizativas implementadas na sua unidade de cuidados de saúde e registar a informação clínica;
- Informar os utentes dos resultados dos exames efetuados, dos procedimentos e atuações subsequentes;
- Colaborar em trabalhos científicos e de investigação de acordo com o seu nível técnico.

**Papel do enfermeiro da unidade de cuidados de saúde primários no rastreio de doenças oncológicas:**

- Colaborar em ações de informação para a saúde;
- Informar os utentes da importância do rastreio;
- Em colaboração com o médico da sua equipa, informar individualmente aos utentes alvo dos programas de rastreio sobre os seus objetivos, procedimentos e atuações subsequentes;
- Participar no agendamento das consultas e preparar o material para a realização dos exames;
- Colaborar com o médico da sua equipa na recolha da informação da consulta, da colpocitologia e registo da informação clínica;

- Fazer busca ativa dos faltosos;
- Garantir o aprovisionamento e acondicionamento do material necessário à realização dos exames;
- Supervisionar o envio do material e a receção das respostas em todas as suas etapas;
- Promover, colaborar e participar em estudos de carácter científico e de investigação de acordo com o seu nível técnico.

**Papel do administrativo da unidade de Cuidados de Saúde Primários no rastreio de doenças oncológicas**

- Colaborar com as equipas na informação dos utentes sobre a importância do rastreio;
- Proceder ao agendamento das consultas e das colheitas dos exames seguindo as orientações clínicas;
- Fazer a convocatória dos utentes;
- Atualizar as moradas e telefones dos utentes no registo;
- Garantir o envio atempado das amostras para o laboratório;
- Garantir o aprovisionamento do material administrativo necessário à realização das consultas e exames;
- Colaborar com o serviço de enfermagem no aprovisionamento do material médico cirúrgico necessário.

**Papel do assistente social da unidade de Cuidados de Saúde Primários no rastreio de doenças oncológicas**

- Colaborar com as equipas nos atos de informação para a saúde;
- Avaliar as condições sócio-económicas da família do utente;
- Participar na busca ativa dos faltosos;
- Participar na informação dos utentes sobre a importância do rastreio;
- Facilitar informação sobre reinserção e reabilitação dos utentes com diagnóstico de cancro, caso necessitem e o solicitem.

**Deve ser definida a equipa multidisciplinar de cada centro de saúde, de acordo com os recursos humanos disponíveis, que deve ser coordenado por um ponto focal.**
**O Delegado de Saúde é sempre o responsável máximo e de coordenação das atividades do centro de saúde na prevenção e no rastreio dos diversos tipos de cancro.**

## Critérios de evacuação inter-ilhas e para o exterior

Quando esgotadas todas as capacidades técnicas existentes nas estruturas do município onde o doente reside, nomeadamente o uso da comunicação telefónica, telemedicina ou outra, para concertação das possíveis capacidades de estruturas mais diferenciadas, o médico assistente deve encaminhar o doente para outra estrutura de saúde mais diferenciada e com mais recursos.

**O encaminhamento** é **feito após contato com o médico da especialidade pretendida ou com responsável do serviço para onde o doente é referenciado.**

**Condições no processo de evacuação de doentes oncológicos:**

- O tempo entre o diagnóstico feito nas estruturas de CSP e o atendimento especializado na estrutura de referência não deve ultrapassar as quatro semanas;
- Os critérios de evacuação devem ser uniformizados;
- Em articulação com os serviços competentes, deverão ser criadas as condições de acolhimento do doente oncológico no local de referência;
- O atendimento do doente oncológico tem prioridade no agendamento na estrutura de referência;
- Deverão ser preenchidos, de forma correta e completa, os formulários de referência e contra referência em todos os níveis de atendimento do utente (anexo 2);
- No final do trimestre deverá ser enviado ao PPRC todos os casos evacuados seja internamente seja para o exterior.

# PRINCIPAIS TIPOS DE CANCRO EM CV

## Cancro do colo do útero

O cancro do colo do útero é o segundo tipo mais frequente entre as mulheres no Mundo. São diagnosticados, por ano, cerca de 493.000 casos, sendo que 70% em países menos avançados.

O cancro do colo do útero é responsável por cerca de 270.000 óbitos por ano, 80% dos quais em países menos avançados.

As causas das altas taxas de incidência e de mortalidade devidas ao cancro do colo do útero, nos países menos avançados são as seguintes:

- Alta prevalência dos fatores de risco na população;
- Acesso limitado aos serviços de saúde;
- Comportamento sociocultural;
- Ausência de programas de rastreio;
- Falta de pessoal técnico qualificado;
- Falta de opções terapêuticas adequadas;

**Fatores predisponentes para o cancro do colo do útero.**

A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) é a principal causa do cancro do colo do útero, sendo considerado o fator necessário para o seu desenvolvimento. Num estudo desenvolvido pela IARC em 1999 (Agência Internacional para a Pesquisa do Cancro), foram avaliadas cerca de 10.000 mulheres com cancro do colo do útero, tendo sido encontrados DNA do HPV em 99,7% dos casos.

**Outros fatores:**

| | |
|---|---|
| Início precoce das relações sexuais | Baixo nível socio-económico |
| Múltiplos parceiros sexuais e parceiros com comportamentos de risco | Infeção sexualmente transmissíveis não tratadas |
| Multiparidade | Alimentares |
| Sexo sem proteção | Tabagismo |
| Infeção pelo HIV | |

## Diagnóstico do cancro do colo do útero

### Anamnese

A história clínica da paciente, os antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos, número de parceiros sexuais, IST assim como dados de antecedentes e familiares deve ser recolhida.

As manifestações clínicas são inespecíficas, podendo apresentar queixas como leucorreia fétida, coitorragia, hemorragia intermenstrual, hemorragia na pós-menopausa, dor pélvica, disúria, hematúria, retorragia, astenia, perda de peso e anemia. Algumas dessas queixas verificam-se apenas nas fases mais avançadas.

### Exame físico

Exame físico geral com observação dos órgão e sistemas e exame ginecológico específico com observação por espéculo, toque vaginal e palpação bimanual são mandatórios.

**Exames complementares**

- Exames de rotina;
- Citologia Cervical;
- Colposcopia com biópsia dirigida;
- Curetagem;
- Conização;
- Ecografia;
- Pesquisa de DNA de HPV oncogénicos.

**Citologia cervical**

A colheita de amostra para citologia cervical pode ser:

- Convencional em lâmina
- Em meio líquido

Critérios para colheita de amostra:

- Abstinência sexual de 2 dias;
- Não usar pomada vaginal 2 dias antes;
- Não praticar irrigação vaginal 2 dias antes;
- Não estar menstruada;
- Tratar previamente leucorreia/infeções;
- Mulheres na pós menopausa - ponderar estrogenização tópica antes.

Adequação da amostra:

- satisfatória
- não satisfatória;

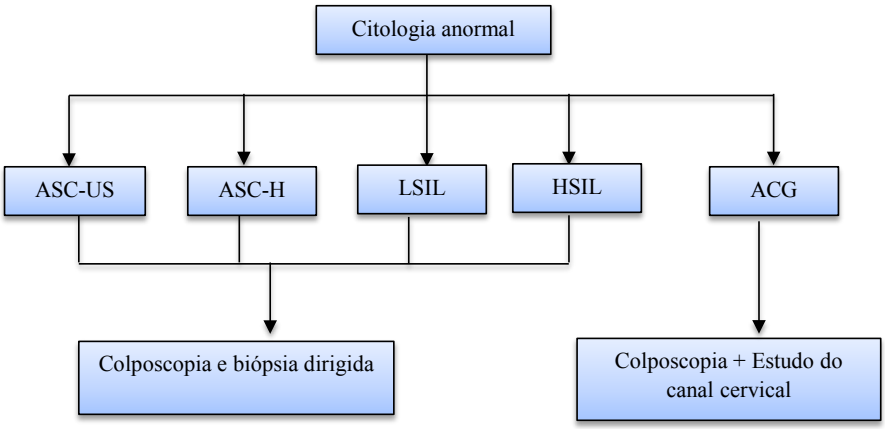
Resultados da citologia:

- Negativa para lesão intraepitelial ou maligna (NILM)
- Com alterações celulares que podem ser:

- Alterações celulares escamosas
  - ASC-US - alterações com significado indeterminado não podendo possível excluir lesão de alto grau;
  - ASC - alterações de alto grau;
  - LSIL - Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau;
  - HSIL - Lesão intraepitelial escamosa de alto grau;
  - Carcinoma epidermóide;

- Alterações de células glandulares / cilíndricas
  - AGC- Alterações de células glandulares atípicas, incluem:
  - AGUS – células glandulares atípicas
  - AIS - adenocarcinoma in situ do endocolo
  - Adenocarcinoma:
    - Endocervical
    - Endometrial
    - Extrauterino

**Fluxograma na citologia anormal**



## Colposcopia

A colposcopia é um exame que serve para observar o trato genital inferior, isto é, a vulva, a vagina e, sobretudo, o colo do útero. É usada, principalmente, para detetar precocemente o cancro do colo do útero e permite, por meio de um colposcópio (aparelho semelhante a um microscópio), visualizar diretamente as estruturas examinadas. A colposcopia permite identificar alterações epiteliais não observáveis à vista desarmada. É importante no diagnóstico precoce de lesões e direciona as biópsias para as áreas do colo do útero alteradas ou suspeitas de serem lesão pré cancerosa ou cancro.

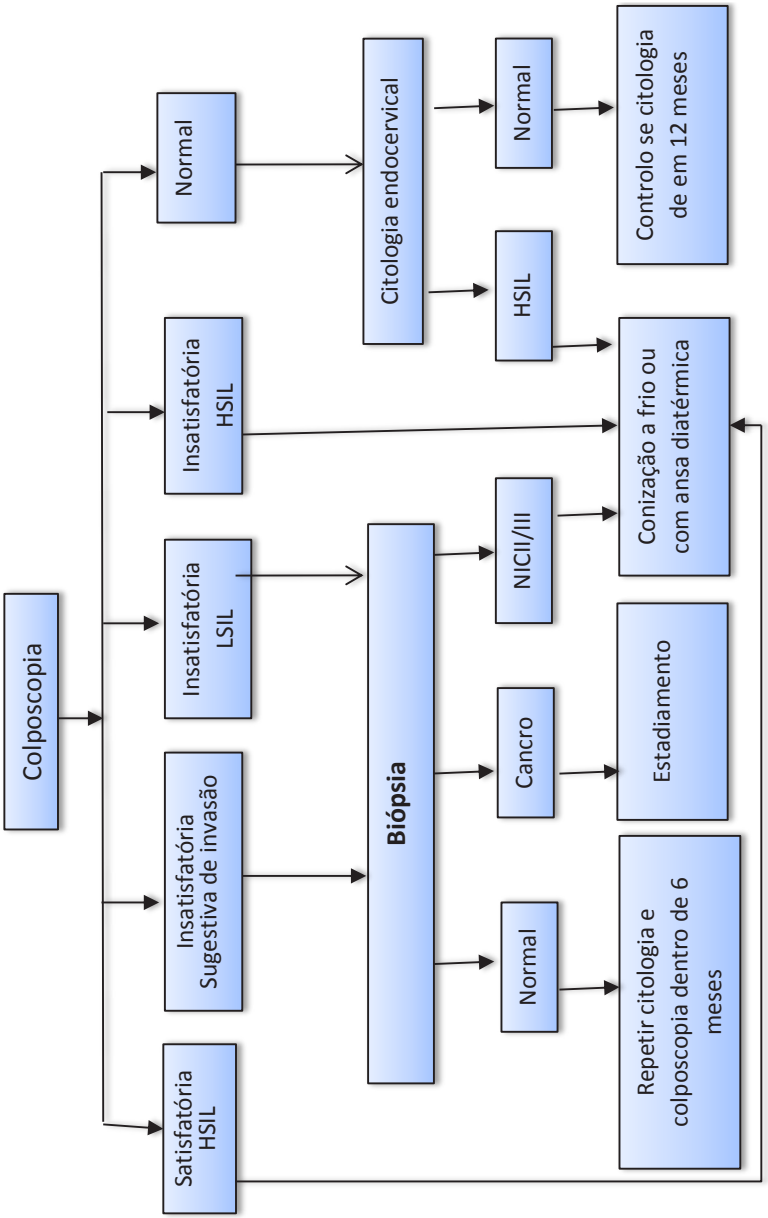
Indicações para colposcopia

- Avaliação do colo na sequência de resultado de citologia anormal;
- Vigilância de casos de LSIL:
- Orientação na colheita de material para biópsia;
- Avaliação de colo do útero clinicamente suspeito;
- Avaliação de lesões da vagina, vulva e ânus;
- Coitorragias;
- Leucorreias persistentes e inespecíficas;
- Vigilância pós-tratamento de neoplasia intraepitelial (NIC) ou de cancro.

Objetivos da colposcopia

- Identificar a presença de lesão, principalmente as mais graves;
- Estabelecer o grau da lesão;
- Excluir existência de invasão;
- Determinar as características das lesões (topografia, extensão glandular, envolvimento glandular);
- Diagnóstico de neoplasias multicêntricas;
- Escolha da conduta terapêutica

**Fluxograma da colposcopia**



- **Definições dos resultado de biópsia:**

**Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC)**

São lesões precursoras do cancro do colo do útero, caracterizadas por alterações de maturação e de diferenciação das células epiteliais do colo, com graus variáveis de imaturidade celular, desorganização celular, alterações nucleares e atividade mitótica elevada.

A zona de transformação (ZT) constitui uma área de transição entre o epitélio escamoso, predominante no exocolo, e o epitélio cilíndrico, mais predominante no endocolo. Devido a alterações metaplásicas intermitentes na transição dos dois tipos de epitélio, a ZT é o local previlegiado para o surgimento da neoplasia cervical. Estudos do mapeamento das NIC, em peças de conização, revelaram que apenas 3% das NIC estão no exocolo, 10% no epitélio cilíndrico/glandular e as restantes 87% na zona de transformação.

**Tratamento das neoplasias intra epiteliais (NIC)**

A conduta nas neoplasias intra epiteliais pode ser:

- Expectante
- Destrutivo - diatermo coagulação
- Excisional com:
    - Ansa diatérmica
    - Conização a frio
- Histerectomia total

Indicações para os diversos tipos de tratamento

Destrutivo

- Lesão no exocolo e totalmente visualizável;
- Lesão de baixo grau;
- Ausência do envolvimento endocervical

Excisional

- Lesão penetrante no canal cervical;
- Colposcopia insatisfatória;
- Discordância cito-colpo-histológica;
- Suspeita de micro invasão ou de adenocarcinoma e
- Curetagem endocervical com NIC

Histerectomia

- Margem cirúrgica comprometida com lesão de alto grau quando a reconização é inexequível.
- Patologia ginecológica associada (mioma, prolapso e hiperplasia endometrial);
- Micro invasão;
- Vigilância clínica deficiente.

Expetante (por máximo 6 meses)

- Concordância cito-colpo-citológica;
- Lesão totalmente observável no exocolo;

- Adesão à vigilância;
- Citologia a cada seis meses se possível.

**Seguimento pós tratamento de NIC II/III**

Citologia e colposcopia

- 3/3 meses no primeiro ano,
- 6/6 meses no 2º ano e
- Anualmente com citologia a ser realizada no Centro de Saúde.

**Exames para estadiamento dos cancros de colo do útero**

- Exame clínico:
    - Exame físico geral
    - Exame ginecológico
    - Toque vaginal e retal e palpação bimanual
- Exames complementares
    - Exames laboratoriais
    - Raio x do tórax e do esqueleto (survey ósseo)
    - Ecografia abdomino-pélvica e renal
    - TC
    - Ressonância magnética
- Cistoscopia (estadio III e IV)
- Retossigmoidoscopia (estadio III e IV)

# Cancro do endométrio/útero

O cancro do endométrio é uma neoplasia do corpo uterino, a quarta causa mais comum do cancro em mulheres, sendo mais frequente em países desenvolvidos numa relação inversa ao carcinoma do colo do útero que atinge mais os países em desenvolvimento. No Mundo dois em cada 100 mulheres desenvolverão o cancro do endométrio. Em Cabo Verde o cancro do útero é a terceira causa de mortalidade por neoplasias ginecológicas (20%), depois de cancro do colo do útero (37%) e cancro da mama (30%) representando uma média de 10 óbitos por ano (1,9/100.000).

O cancro do endométrio predomina na mulher pós-menopáusica entre os 60 a 70 anos com pico de incidência aos 62 anos. A incidência tem vindo a aumentar devido à longevidade crescente e a diversos fatores de risco como obesidade e estilos de vida.

A hiperplasia do endométrio é considerada fator predisponente do cancro do endométrio, como lesão precursora. Suspeita-se de hiperplasia do endométrio na presença de hemorragias anormais na pré-menopausa, na hemorragia uterina pós-menopáusica ou em achado de ecografia transvaginal.

Perante um espessamento endometrial (hiperplasia do endométrio), deve-se fazer curetagem e biópsia. Com o exame anatomopatológico define-se o diagnóstico, tratamento medicamentoso ou realização de histerectomia nos casos de hiperplasia complexa com atipias onde a progressão para cancro do endométrio ocorre em 29% dos casos.

**Fatores de risco para o cancro do endométrio:**

| |
|---|
| • Idade; |
| • Obesidade; |
| • Hiperplasia endometrial atípica; |
| • Nuliparidade; |
| • Menopausa tardia; |
| • Diabetes mellitus; |
| • Terapia de substituição hormonal com estrogénio isolado sem complementação de progesterona; |
| • Síndrome de ovários poliquísticos; |
| • Tamoxifeno usado no tratamento do cancro da mama; |
| • Síndrome de Lynch (cancro coloretal hereditário sem polipose); |
| • História familiar de cancro do endométrio, ovário e mama: |

**Diagnóstico diferencial do cancro do endométrio**

- Hiperplasia sem atipia;
- Hiperplasia com atipia;
- Pólipos endometriais;
- Fibroleiomiomas uterinos;
- Endométrio proliferativo (secretor).

**Classificação**

Existem dois tipos principais do cancro do endométrio:

**Tipo I** (75-85%) (6)

- Mulheres na peri-menopausa/pós-menopausa, mais jovens;
- História de exposição aumentada ao estrogénio;
- Iniciam com hiperplasia do endométrio e evoluem para carcinoma;

- São bem diferenciados (G1, G2);
- Prognóstico favorável, se tratado precocemente nas fases iniciais. O carcinoma endometrióide representa 75 a 85% dos casos.

**Tipo II**

- Sem fonte de estimulação de estrogénio do endométrio;
- Sem associação com hiperplasia do endométrio;
- Podem surgir de um endométrio atrófico;
- Prognóstico menos favorável;
- Menos diferenciados;
- Idosas, magras e na pós-menopausa;
- O carcinoma seroso e de células claras são os mais frequentes.

**Outros**

- Sarcoma de estroma endometrial

**Manifestações clínicas**

- Cerca de 90% das mulheres com cancro do endométrio apresentam hemorragia ou corrimento vaginal no início;
- Peso ou desconforto pélvico (aumento do volume uterino);
- Pode não haver hemorragia exteriorizada devido a estenose do orifício interno do canal cervical (idosas);
- Menos de 5% são assintomáticas.

Tabela de causas de hemorragia uterina pós-menopausa

| **Etiologia das hemorragias uterinas na pós-menopausa** | |
|---|---|
| **Causas de hemorragia uterina** | **Percentagem** |
| Atrofia do endométrio | 60-80% |
| Terapia hormonal de substituição | 15-25% |
| Hiperplasia do endométrio | 5-15% |
| Cancro do endométrio | 7-12% |
| Pólipos endometriais | 2-12% |

## Diagnóstico do cancro do endométrio

### Anamnese

Para o diagnóstico do cancro do endométrio é importante uma história clínica completa, incluindo os antecedentes de patologias conexas, antecedentes ginecológicos e obstétricos, antecedentes familiares, terapêuticas habituais, hábitos alimentares e estilos de vida.

As doentes com cancro do endométrio vão à consulta por sinais e sintomas facilmente reconhecíveis, o que obriga a uma avaliação atenciosa. A hemorragia uterina na mulher pós-menopáusica é um sinal característico de cancro do endométrio.

### Exame físico

O exame clínico da doente é habitualmente normal havendo, frequentemente, associação de patologias como obesidade, diabetes e hipertensão arterial. O exame do abdómen e o exame ginecológico devem excluir a presença de massas ou doenças disseminadas. Ao toque vaginal e palpação bimanual encontra-se um útero habitualmente pequeno.

O útero está aumentado, irregular e/ou doloroso em presença de miomas, hematometra, piometra ou devido ao próprio tumor. Em caso de doença avançada o útero pode estar fixo aos tecidos adjacentes.
Devem ser pesquisadas outras massas abdomino-pélvicas, caracterizando a extensão do tumor aos anexos, a outros órgãos e às cadeias ganglionares.

**Exames complementares**

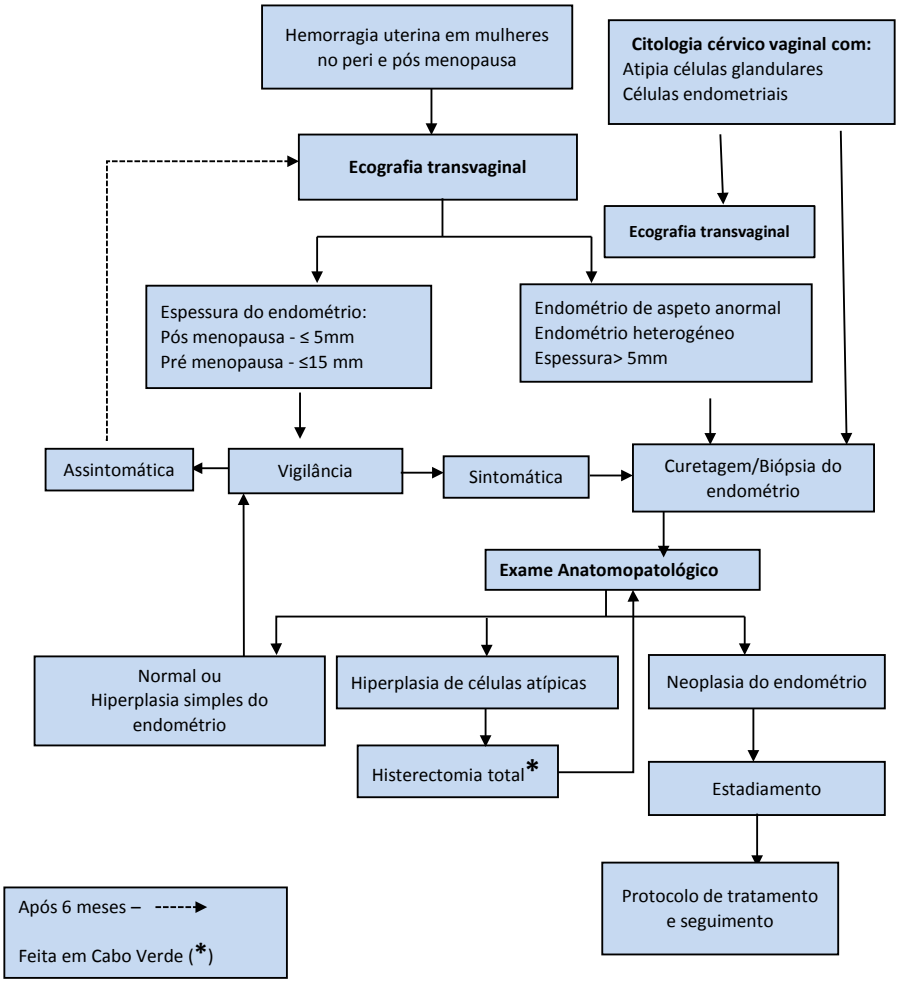
- Ecografia pélvica com sonda vaginal que revela espessura do endométrio ≥5mm na mulher pós-menopausa sem THS ou ≥15mm na pré-menopausa, retenção de líquido na cavidade uterina, endométrio irregular e ou vascularização anárquica são sinais suspeitos de cancro do endométrio;
- Curetagem biópsia;
- Histeroscopia com biópsia com colheita de tecidos em áreas suspeitas.

Quando se verifica citologia cérvico-vaginal com presença de células glandulares atípicas (ACG) ou células endometriais, deve ser investigada o cancro do endométrio.

**Exames para estadiamento;**

- Exames de rotina geral
- Rx de tórax
- Ecografia abdominal e pélvica
- RMN

# Fluxograma de diagnóstico nas menometroragias



# Cancro do ovário

É um grupo de neoplasia com patogénese, morfologia e comportamento variáveis em que o rastreio é impossível e o diagnóstico precoce muito difícil. Afeta mulheres, sobretudo, no período pós menopausa.

É o quarto cancro ginecológico mais frequente, a nível mundial, com uma incidência de 5% em relação a todas as neoplasias, sendo que 70% são diagnosticados nos estadio III e IV. Tem um rácio de mortalidade/incidência muito elevado.

Noventa por cento dos casos de cancro primitivo têm origem epitelial. Os outros são tumores germinativos (3%), cordões sexuais e estroma (5%), metastáticos e outros.

Os tumores de células germinativas são mais frequentes entre os 15-30 anos.

**Fatores de risco**

Os fatores de risco são múltiplos e podem ser:

- Genéticos;
- Hereditários;
- Reprodutivos (nuliparidade ou infertilidade);
- Terapêutica hormonal de substituição;
- Endometriose;
- Uso de talco;
- Obesidade;
- Raça.

**Fatores Protetores**

- Contracetivos orais combinados;
- Laqueação tubária;
- Multiparidade;
- Amamentação.

**Manifestações clínicas**

Ocasionalmente, pode ser diagnosticado num estádio inicial, no decurso de investigação de massa anexial detetada num exame ginecológico de rotina ou ecográfico.

Os sinais e sintomas são inespecíficos, pelo que o diagnóstico é quase sempre tardio. No entanto, segundo estudos, os sintomas mais frequentes são:

- Aumento do volume abdominal;
    - Sintomas gastrointestinais (náuseas, dispepsia, enfartamento, alterações de hábitos intestinais, anorexia) por ascite, metástases intestinais e no epíploon;
- Sintomas geniturinários (polaquiúria, urgência miccional).
- Dispneia em presença de derrame pleural.

**Diagnóstico**

O diagnóstico precoce aumenta a sobrevida aos 5 anos em 80 a 90% dos casos. A abordagem diagnóstica é efetuada com base em:

- História clínica;
- Exame objetivo;

- Ecografia pélvica, eventualmente complementada com RMN pélvica;
- Marcadores Tumorais (CA 125, CA 19.9, CEA, marcadores tumorais não epiteliais, β-hCG, αFP, LDH, estradiol, hipercalcemia);
- Estudo do tubo digestivo, se clinicamente indicado (tumor de krukemberb);
- Laparoscopia diagnóstica;
- TC tóraco abdominal e pélvico (para estadiamento).

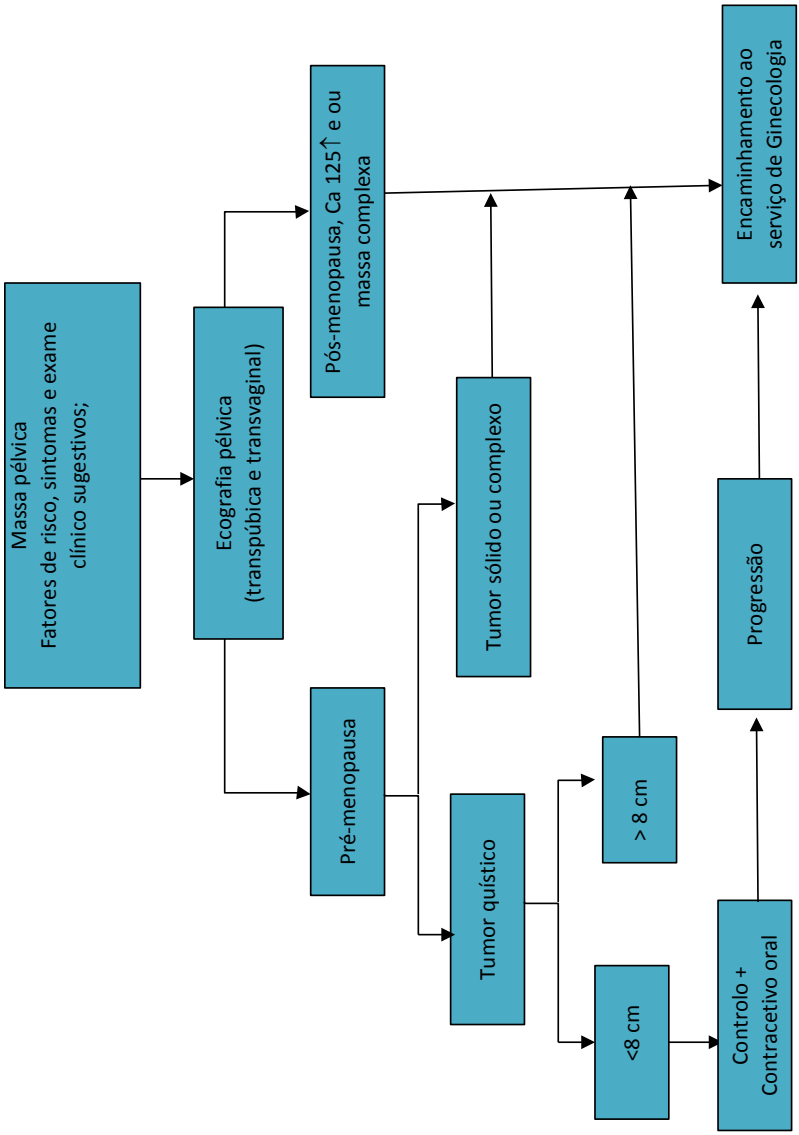
**Classificação histológica dos tumores epiteliais:**

Os **tumores epiteliais** constituem a grande maioria dos tumores do ovário. O seu comportamento biológico varia de acordo com o tipo histológico do tumor.
Em termos de prognóstico os tumores epiteliais podem ser classificados em benigno, baixo potencial maligno (borderline) e maligno.

**Tratamento do carcinoma do ovário**

O tratamento padrão atual do carcinoma do ovário consiste na cirurgia primária seguida, frequentemente, por quimioterapia adjuvante.
Quando existe probabilidade do tumor ser irressecável ou não seja possível uma cirurgia de citorredução razoável nos estádios IIIC e IV, fundamentadas em parâmetros clínico-imagiológicos, a quimioterapia neoadjuvante e cirurgia de intervalo são opções terapêuticas a serem ponderadas e decididas em **equipa multidisciplinar**.
Cabe a cada equipa multidisciplinar, estabelecer os critérios de ressecabilidade e proceder à seleção de doentes para cirurgia e para quimioterapia neoadjuvante.

**Fluxograma de Referência da massa pélvica ou suspeita de cancro do ovário**



# Cancro da mama

O cancro da mama é um tumor maligno que se desenvolve em células do tecido mamário. É mais frequente nas mulheres, mas pode atingir, também, os homens. Estes tumores malignos, quando se tornam invasores e metastizam, têm uma mortalidade elevada. É o cancro mais frequente e a principal causa de morte por cancro em mulheres no mundo.

É mais comum em mulheres com mais de 60 anos. Cerca de 1% dos cancros da mama ocorrem nos homens.

O diagnóstico é muitas vezes tardio, sendo importante maior sensibilização da população e dos profissionais de saúde para a necessidade de um diagnóstico precoce.

O cancro da mama é o 2º tumor maligno mais frequente no género feminino nos países africanos da língua oficial portuguesa. (Lara, 2014).

O rastreio com base populacional, com exames de mamografia periódicos, quando passível de ser realizado, permite diagnosticar e tratar o cancro da mama numa fase inicial com reversão e cura da doença.

**Fatores de risco**

Os fatores de risco do cancro da mama são:

- Idade superior a 50 anos;
- Antecedentes pessoais de cancro da mama;
- Familiares diretos com cancro da mama como mãe, irmã ou filha, sobretudo se diagnosticado antes dos 40 anos;

- História de cancro de mama na família paterna ou materna;
- Lesões mamárias benignas como hiperplasia atípica;
- Nuliparidade;
- Primigesta com mais de 35 anos;
- Uso abusivo do álcool;
- Obesidade, sobretudo nos pós menopausa;
- Uso de terapêutica hormonal de substituição,
- Antecedentes de cancro hereditário de ovário, endométrio ou cólon.

**Outros fatores** incluem menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (depois dos 55 anos), não amamentação e inatividade física. A densidade mamária elevada após os 45 anos e radioterapia mamária também estão associados a um risco mais elevado de cancro da mama.

A amamentação e 1ª gravidez em idades mais jovens parecem ser **fatores protetores**.

O cancro da mama tem componente hereditário e genético indiscutíveis, estando neste momento definida uma classificação de Lynch:

- Cancro da mama esporádico (CME) – 68%
- Cancro da mama familiar (CMF) – 23%
- Cancro da mama hereditário (CMH) – 9%

## Manifestações clínicas

### Anamnese

A história clínica do doente deve abordar não só as queixas mamárias mas, também a história reprodutiva, antecedentes familiares e o estado geral do doente, fornecendo informações importantes para o diagnóstico, incluindo a disseminação metastática.

Pode manifestar-se com nódulos mamários, escorrência mamilar, endurecimento da pele que recobre a mama, por vezes, acompanhada de sinais inflamatórios, erosões do complexo areolomamilar ou ulcerações da pele da mama e nódulos axilares.

Os homens com cancro da mama poderão ter vários sintomas. O mais comum é o aparecimento de um ou vários nódulos na mama. Outros sintomas incluem, alterações do volume, da forma, ou da pele que recobre a mama, do mamilo, descarga mamilar, úlceras mamárias, erupção cutânea no mamilo ou na área circundante.
Dor na mama é, raramente, um sintoma de cancro.

**Exame físico**

Deve ser realizada cuidadosa inspeção e palpação da pele, avaliação da simetria das mamas, retrações da pele (fixação do parênquima mamário à pele ou ao músculo peitoral), edema, eritema, ulcerações e alterações do complexo areolomamilar como retração, descoloração, erosão, espessamento, existência de **nódulos mamários e presença de gânglios** (axilares, supra claviculares e cervicais) palpáveis. É importante definir as características dos nódulos palpáveis (número tamanho, sensibilidade e adesão aos tecidos circundantes) e procurar sinais de metastizaçao à distância.

**Critérios para encaminhamento aos grupos oncológicos nos Hospitais Centrais**

**Urgente**

- Nódulo de aparecimento recente em mulher com idade superior a 30 anos;

- Ulceração;
- Nódulos satélites;
- Retração cutânea;
- Eczema mamilar;
- Retração mamilar recente;
- Corrimento mamilar sanguinolento, unicanalicular e espontâneo.

**Não Urgente**

- Nódulo de aparecimento recente em mulher com idade inferior a 30 anos;
- Modificação das características de nódulo existente e sob vigilância. Empastamento que persiste após o período menstrual;
- Abcesso mamário (na amamentação – ginecologia);
- Quisto mamário dominante ou isolado recorrente, após aspiração;
- Dor associada a nódulo. Dor intratável que não responde a medidas simples como tranquilização da doente, correção do suporte das mamas e fármacos comuns;
- Corrimento mamilar persistente e não hemática em mulher com idade superior ou igual a 50 anos;

- Mulher pré-menopáusica ou pós-menopáusica com THS com nodularidade dolorosa simétrica das mamas sem anomalias associadas;
- Mulher com dor mamária não incapacitante e sem lesões clínicas ou imagiológicas (estabelecer o caráter cíclico ou não da dor);
- Mulher com menos de 50 anos com corrimento mamilar pluricanalicular ou intermitente, não sanguinolento e não incomodativo.

**Exames complementares de diagnóstico do cancro da mama**

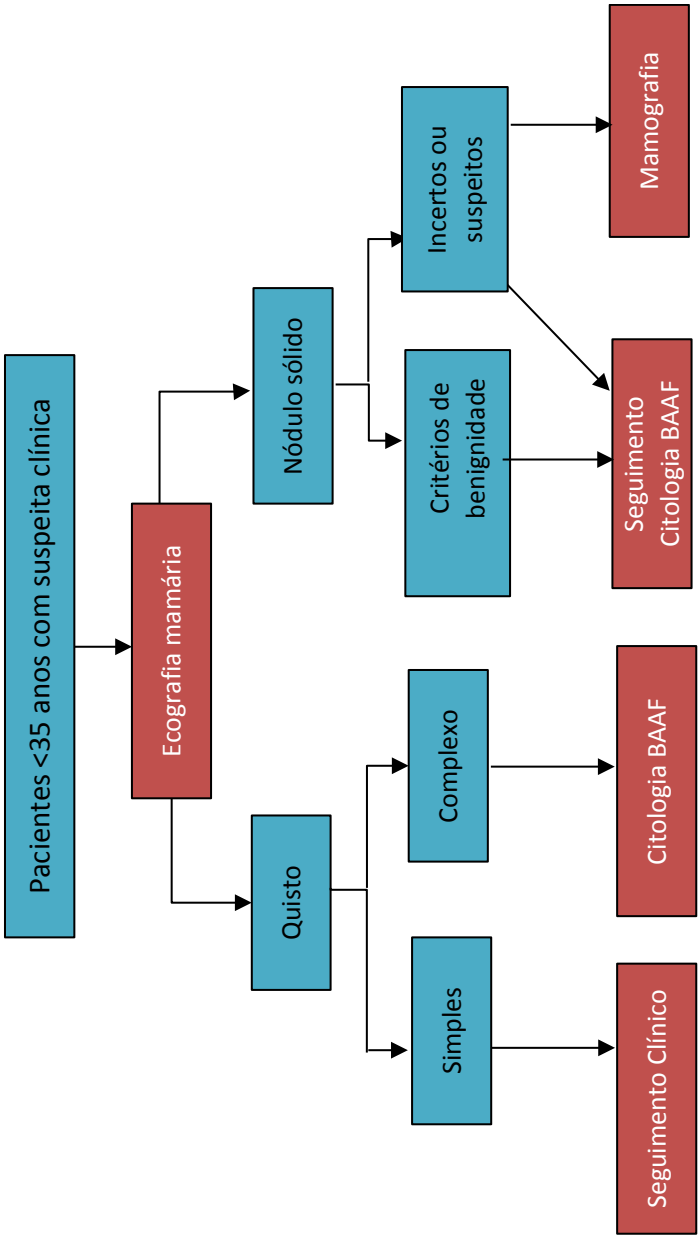
- Mamografia;
- Ecografia até aos 40 anos;
- Biópsia do nódulo por agulha fina (BAAF);
- Biópsia.

A ecografia mamária tem uma sensibilidade e especificidade menor do que a mamografia.

As suas principais limitações são:

- Piores resultados em seios adiposos;
- Não deteta microcalcificações;
- Dificuldades para detetar lesões sólidas <1 cm;
- Dificuldade para diferenciar lesões sólidas malignas e benignas.

**Fluxograma de diagnóstico do nódulo da mama com ecografia**



**Para estadiamento**

- RX de tórax
- Ecografia abdominal e pélvica
- T.C tórax e abdominal e survey **óssea** em doente sintomático

**Protocolo de leitura do exame imagiológico da mama**

A avaliação imagiológica da mama é feita tendo por base a classificação BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System):

BI-RADS 0 – Necessita avaliação complementar.

BI-RADS 1 – Estudo negativo. (Controlo de rotina).

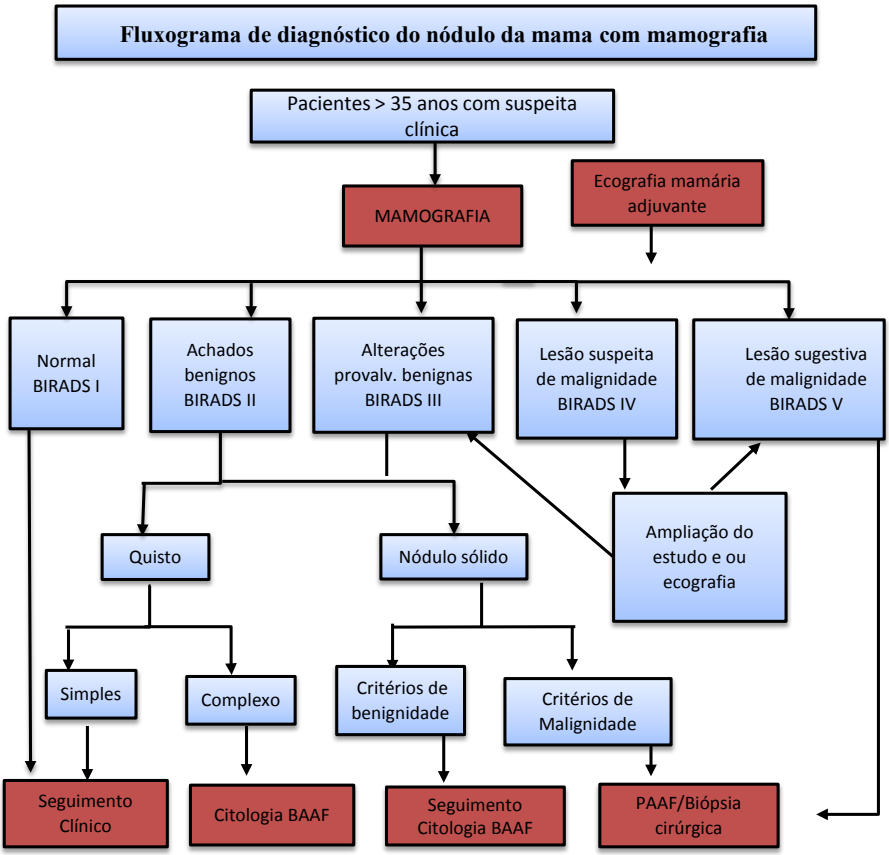
BI-RADS 2 – Achados benignos. (Controlo de rotina).

BI-RADS 3 – Alterações provavelmente benignas. (Controlo aos 6 meses).

BI-RADS 4 – Achados suspeitos de doenças malignas. (4A, 4B e 4C).

BI-RADS 5 – Lesão altamente sugestiva de doenças malignas. (Necessidade de biópsia).

BI-RADS 6 – Lesão maligna comprovada por exame histológico.




## Comunicação dos resultados

O prazo entre a realização da mamografia e a comunicação dos resultados, nos casos suspeitos, deverá ser inferior a 15 dias.

## Tratamento

Será feito de acordo com o estadio da doença e com uma abordagem multidisciplinar.

- Cirurgia;
- Radioterapia;
- Quimioterapia;
- Hormonoterapia;
- Terapia Paliativa.

**Seguimento**

O seguimento de doentes com carcinoma da mama deve seguir o seguinte esquema:

- Avaliação clínica de 3/3 meses nos primeiros 2 anos e de 6/6 meses até completar 5 anos de seguimento. A vigilância deverá continuar para toda a vida;
- Mamografia e ecografia mamária anual;
- Ecografia ginecológica (com atenção especial ao endométrio) – em doentes em tratamento com hormonoterapia (tamoxifeno);
- Estudo analítico – hemograma e bioquímica em doentes em hormonoterapia;
- Nos doentes com elevado risco de recidiva/metastização ≥ T2, N+, G3 recomenda-se a telerradiografia do tórax, fosfatase alcalina/ e ecografia hepática.

A vigilância com marcador tumoral – CA 15.3 – não está preconizada.

Outros exames auxiliares de diagnóstico só têm indicação se o doente está sintomático.

# Cancro da próstata

O cancro da próstata é uma doença que se desenvolve na glândula do aparelho reprodutor masculino - a próstata.

Atualmente, o cancro da próstata constitui um dos principais problemas de saúde da população masculina do mundo. Tem maior incidência a partir dos 40 anos, sendo que, 90% dos casos são diagnosticados em homens com idade superior a 65 anos.

O cancro da próstata constitui a segunda maior causa de morte por cancro nos homens a seguir ao cancro de pulmão. As estimativas recentes da Sociedade Americana Contra o Cancro indicam que cerca de 220.000 novos casos de cancro da próstata são diagnosticados a cada ano e aproximadamente 29.000 doentes (13%) acabam por morrer.

Em Cabo Verde, segundo dados estatísticos de 2012, o cancro foi a segunda causa de óbito. O cancro da próstata foi a segunda causa (11,9%) de óbito por cancro.

**Fatores de Risco**

O cancro da próstata tem origem multifatorial, tais como fatores endócrinos, genéticos e ambientais. A sua incidência está comprovadamente relacionada com os seguintes fatores:

- **Idade** - raras vezes se desenvolve em homens com menos de 40 anos;

  Aos 50 anos, 30% dos homens podem ter a doença; após os 80 anos, mais de 70% têm um foco neoplásico nas necropsias.
- **História familiar** - a probabilidade de desenvolver a doença pode aumentar até duas vezes se existir um familiar em primeiro grau afetado e onze vezes se existirem dois ou mais familiares.

- **Raça** – Há maior incidência da doença nos afro-americanos (provavelmente por maior concentração de testosterona).

**Diagnóstico**

**Anamnese**

Consiste em investigar a presença de fatores de risco descritos anteriormente. A grande maioria dos cancros da próstata é assintomática na fase inicial. Sintomas urinários obstrutivos (diminuição do jato urinário, gotejamento urinário, sensação de esvaziamento incompleto, etc.) e/ou irritativos (urgência miccional, polaquiuria, tenesmo vesical, hematúria, nictúria) são os mais frequentes.

**PSA (Antígeno Prostático Específico)**

O PSA carece de especificidade, não havendo um valor seguro para se considerar o doente livre do cancro ou para dispensá-lo do toque retal.

O cut-off ou valor de referência da maioria dos laboratórios é 4ng/ml (< 4 ng/ml).

| Probabilidade de CP segundo PSA | |
|---|---|
| PSA | CP |
| < 4 ng/ml | 3 - 4 % |
| >= 4 < 10 ng/ml | 30 – 40 % |
| >= 10 ng/ml | >66 % |

O valor do PSA deve ser interpretado em função de uma série de outros parâmetros, como a idade do doente, o volume prostático, a progressão do seu valor, presença de nódulos no toque retal ou o resultado de biópsias prévias.

**Toque retal**

É um exame de suma importância, não sendo excluído por PSA, dado que 15% a 40% dos casos com PSA normal poderão ter a doença. Presença de nodularidade, consistência pétrea e superfície irregular poderá sugerir cancro da próstata.

**Ecografia prostática** transretal e biópsia eco guiada

A ecografia prostática transretal é essencial para a orientação e sistematização das biópsias. Não é, contudo, muito útil como exame isolado para o diagnóstico de cancro da próstata. Quando o toque retal verifica anormalidades e o PSA tem valores elevados, a ecografia prostática pode fornecer dados adicionais para o diagnóstico. O diagnóstico definitivo do cancro da próstata é histopatológico.

**Histologia do cancro da próstata**

O tipo histológico predominante é o adenocarcinoma acinar, correspondendo a 95% dos casos. As variantes menos frequentes são: adenocarcinoma com células em anel de sinete, carcinoma de pequenas células, adenocarcinoma mucinoso e adenocarcinoma com diferenciação neuroendócrina, todas com pior prognóstico.

Pode haver também carcinoma ductal que cresce na uretra prostática e geralmente não altera o PSA e não é palpável ao toque retal.

Outros tipos menos frequentes podem ser carcinomas escamosos, carcinomas de células transicionais, as neoplasias de origem mesenquimal como os sarcomas.

A próstata raramente é sede de metástases ou ser acometida por doenças linfoproliferativas, como linfomas.

## Classificação do grau de diferenciação - score de Gleason

O score de Gleason é constituído por um componente primário, correspondente à maior área da neoplasia e um componente secundário, correspondente à segunda área predominante da lesão ao menor aumento.

As alterações glandulares são classificadas de 1 a 5, sendo maior quanto mais intenso o desarranjo glandular. Os componentes primário e secundário são somados compondo o score, que pode variar de 2 a 10.

Em geral os doentes com Gleason de 2 a 6 são considerados portadores de tumores de bom prognóstico, os de Gleason 7 são de prognóstico intermediário e os de 8, 9 e 10 são portadores de neoplasia de mau prognóstico, com reduzido índice de cura.

## Grupo de risco do cancro de próstata conforme D´ Amico - fator prognóstico

- Baixo risco: estádio clínico T1-T2a; PSA < 10; Gleason ≤ 6
- Risco intermediário: estádio clínico T2b; PSA > 10 e < 20; Gleason 7
- Alto risco: estádio clínico T2c-T3; PSA > 20; Gleason ≥ 8

## Tratamento

A evolução natural do cancro da próstata pode variar desde, uma simples doença inofensiva que pode ser assintomática durante toda a vida, até a situações muito graves e de mau prognóstico, como um cancro altamente agressivo.

O tratamento deve ser individualizado, baseado na agressividade do tumor, nas condições clínicas gerais do doente, na expectativa de vida e nas preferências do doente e do médico.

O tratamento do cancro da próstata depende do diagnóstico: cirurgia (prostatectomia) e ou radioterapia se o cancro está em fase localizada (são as únicas formas terapêuticas com fins curativos) ou é controversa, variando de autor para autor se se tratar de doença localmente avançada.

**Tratamento preconizado segundo fase da doença**

| Fase da doença | Tratamento recomendado |
|---|---|
| Doença localizada | Prostatectomia, Radioterapia, Observação Vigilante, Outras |
| Localmente avançada | Prostatectomia,Radioterapia,Hormonoterapia, Outras |
| Avançado (com metástase) | Radioterapia+Hormonoterapia,Prostatectomia + Radioterapia + Hormonoterapia; tratamento sistémico, castração cirúrgica ou química |

**Seguimento**

O seguimento dos doentes com cancro da próstata deve ser realizado na consulta especializada de 3 em 3 meses durante o primeiro ano, após o tratamento.

A partir do segundo ano, se a situação clínica o permitir, o intervalo pode ser alargado para 6 em 6 meses até ao quarto ano.

A partir do quinto ano, os doentes deverão ser avaliados, no mínimo, se a situação estiver estável, uma vez por ano. Excetuam-se os doentes com uma situação clínica não totalmente estabilizada e aqueles que estão a realizar terapêutica hormonal, que deverão ser avaliados, pelo menos, uma vez a cada 6 meses.

# Cancro do esófago

O cancro do esófago é uma neoplasia com uma incidência crescente com taxas de incidência próximas às taxas de mortalidade. Afeta mais de 450 mil pessoas ao ano no mundo.

É o oitavo cancro mais frequente no mundo e a sexta causa de morte por cancro.

A sua incidência é maior em homens do que em mulheres, e surge com maior frequência após os 50 anos de idade, sendo raro antes dos 30 anos.

Há maior incidência do cancro do esófago nos indivíduos de origem africana.

Mais de 90% dos cancros do esófago são carcinomas epidermóides ou adenocarcinomas, destes, o mais frequente, é o carcinoma epidermóide. Os restantes 10% são carcinomas, melanomas, leiomiossarcomas, tumores carcinóides e linfomas.

**Fatores Etiológicos e condições predisponentes.**

Os fatores de risco para carcinoma epidermóide e adenocarcinoma do esófago são idênticos, contudo, com alguma especificidade para um ou outro tipo histológico.

| Fatores etiológicos e condições predisponentes |
|---|
| • Uso de Tabaco e Álcool; |
| • Dieta e Nutrição; |
| • Baixo status socio- económico; |
| • Refluxo gastroesofágico; |
| • Infeção pelo helicobacter pilory; |
| • Esófago de Barret; |

| |
|---|
| • Tylose; |
| • Plummer Vinsom/ Paterson Kelly Sindrome; |
| • Ingestão de cáusticos; |
| • Acalásia; |
| • Vírus papiloma humano (HPV); |
| • História prévia de cancro da cabeça e pescoço; |
| • Sprue celíaco. |

**Diagnóstico cancro do esófago**

**Manifestações clínicas**

O Cancro do esófago tem início insidioso e pode se manifestar das seguintes formas.

- Disfagia progressiva;
- Perda ponderal;
- Odinofagia;
- Dor retrosternal;
- Tosse;
- Rouquidão;
- Disfonia;
- Sialorreia.

O aparecimento de linfonodos duros palpáveis na fossa supraclavicular (nódulo de Trosier-Virchow) e na axila (nódulo de Ireland), geralmente, significa doença metastática.

Mais raramente, pode apresentar-se como pneumonia secundária a fístula traqueoesofágica ou como hemorragia maciça por invasão da aorta.

**Exames complementares de diagnóstico**

- Endoscopia digestiva alta com bi**ó**psia;
- Rx contrastado do esófago, estômago e duodeno.

O **estadiamento** é feito segundo protocolo hospitalar e deve incluir:

- Radiografia simples de Tórax;
- Tomografia computadorizada (TC) do tórax e do abdómen;
- Broncoscopia quando necessário.

Não há recomendação para solicitar marcadores tumorais, como CEA e o CA19-9 entre outros, para o diagnóstico, avaliação prognóstica, seguimento de pacientes ou para avaliação da resposta terapêutica.

**Tratamento:**

O tratamento do cancro de esófago é de abordagem multidisciplinar e inclui:

- Cirurgia
- Radioterapia e Quimioterapia:
- Tratamento Paliativo na doença avançada

**Tratamento e seguimento das lesões pré-malignas e malignas iniciais**

As lesões malignas iniciais do esófago são tumores classificados como TIS (displasia de alto grau, incluindo as lesões não invasivas ou in situ). Os tumores T1, divididos em T1a (lesões que invadem a mucosa) e T1b (lesões até a submucosa), podem ser tratadas com ressecção endoscópica, ablação do tumor ou esofagectomia minimamente invasiva. O risco de invasão linfonodal nesses pacientes é quase zero.

**Seguimento de esófago de Barret**

Em presença de esófago de Barret deve ser realizado uma endoscopia digestiva alta (EDA) para avaliar a presença de displasia, de 6 em 6 meses durante um ano.

| Displasia | Intervalo |
|---|---|
| Ausente | 2 em 2 anos |
| Baixo Grau – confirmar com 2º patologista | 6 meses a 1 ano |
| Alto Grau – com alterações de mucosa - confirmar com 2º patologista. | Tratamento endoscópico |
| Alto Grau – sem irregularidades de mucosa | Intervenção endoscópica ou cirúrgica |

Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (2009-2010)

**Acompanhamento e seguimento pós-tratamento:**

Recomenda-se a realização de consultas periódicas e exames complementares de 3 meses nos primeiros 2 anos, de 6 em 6 meses até o quinto ano e anualmente após esse período.

# Cancro do estômago

O adenocarcinoma gástrico é atualmente um problema de saúde a nível mundial, pois, representa a segunda causa da mortalidade por cancro em ambos os sexos. Predomina no sexo masculino, na proporção de 1,7/1, e com idade superior a 60 anos.

O adenocarcinoma representa 95% dos tumores gástricos malignos e as outras neoplasias, menos frequentes, são linfomas, tumores estromais (GIST) e carcinoides. O prognóstico é mau, pois, quase sempre, o diagnóstico é feito em fase localmente avançada ou metastática.

| **Fatores de riscos para o cancro do estômago** | |
|---|---|
| **Definidos** | **Prováveis** |
| Helicobacter pylori | Consumo elevado de sal e nitritos |
| Tabagismo | Deficiência de vitamina A e C |
| Gastrites crónicas atrófica* | Alimentos em fumagem |
| Metaplasia intestinal* | Obesidade (AC de cardia) |
| Displasia* | Úlcera gástrica |
| Pólipos gástricos adenomatosos* | Anemia Perniciosa |
| Cirurgia gástrica (20 anos depois) | Doença de Menetrier |
| Fatores genéticos:* | |
| Cancro gástrico familiar (1º grau) | |
| PAF (Polipose adenomatosa familiar) | |
| Síndrome de Lynch | |
| Síndrome Peutz-Jeghers | |
| Polipose juvenil | |

* Sugere-se vigilância com EDA de 1 a 3 anos, dependente de cada de cada fator de risco.

**Nota:** O consumo regular de frutas e vegetais frescos são fatores protetores**.**

**Classificação:**

Segundo a profundidade da invasão (determinante no prognóstico e manejo)

- Cancro g**ástrico** precoce (confinado **à** mucosa e submucosa);
- Cancro g**ástrico** avançado (atingindo a muscular própria).

**Diagnostico do cancro do estômago**

**Manifestações clínicas:**

Pode ser assintomático ou apresentar sintomas e sinais inespecíficos:

- Sintomas gástricos: epigastralgia e/ou saciedade precoce ou enfartamento **pós prandial**;
- Sintomas e sinais de doença avançada: Icterícia, ascite e tumor de ovário (tumor de Krukemberg), nódulo da irmã Mary Joseph e perda ponderal significativa;
- Outros sintomas: disfagia, vómitos persistentes pós prandial e em jato, hemorragia digestiva alta e sinais de perfuração;
- Síndrome anémico.

  Todo paciente com mais de 45 anos com sintomas de dispepsia deve ser avaliado por endoscopia digestiva alta (EDA).

**Exames complementares**

- Endoscopia Digestiva Alta (exame de eleição);
- Rx contrastado do esófago, estômago e duodeno.

**Exames para Estadiamento:**

- Exames de rotina;
- Marcadores tumorais: CA 19-9 e CEA;
- TC de tórax e abdómen.

**Tratamento**

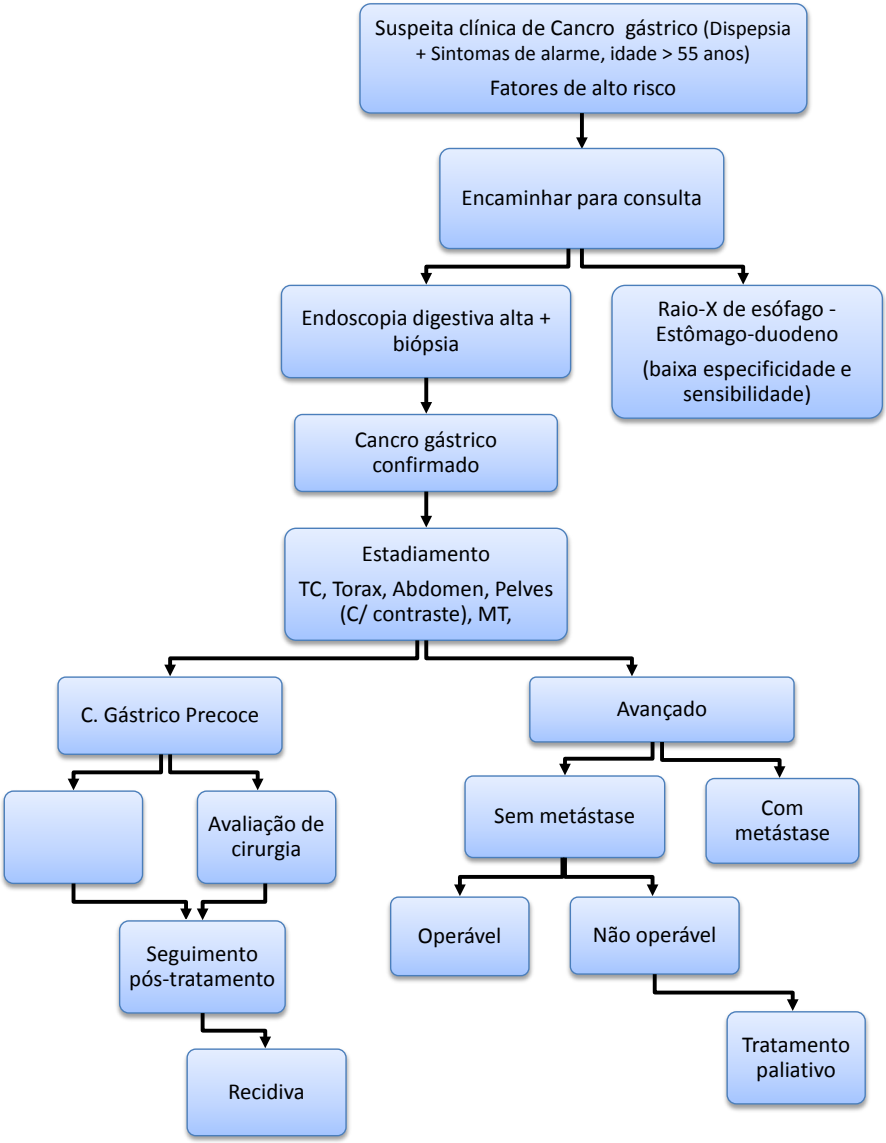
Fazer sempre tratamento para erradicar helicobacter pylori e o enfoque deve ser multidisciplinar

- Cirúrgico
- Quimioterapia (QT), radioterapia (RT)
- Cuidados paliativos

**Seguimento posterior ao tratamento cirúrgico:**

Pacientes que foram submetidos a gastrectomia total têm indicação para doses mensais de 1 mg de Vitamina B12, intramuscular.

# Fluxograma diagnóstico e terapêutico do cancro do estômago



# Cancro coloretal

O cancro coloretal ocupa no mundo o terceiro lugar em incidência, depois de cancro de pulmão e da mama, e o quarto lugar em mortalidade.

Afeta de igual forma ambos os sexos, sendo uma doença tratável e frequentemente curável quando limitado ao intestino sem extensão a outros órgãos. É mais frequente em maiores de 50 anos, cerca de 90% dos casos com pico máximo entre os 65 e 75 anos.

**Fatores de risco para o cancro coloretal:**

- Ambientais;
- Pólipos coloretais - 60 a 80% dos cancros coloretais originam-se de pólipos adenomatosos, sendo considerado de alto risco, o viloso e séssil maior de 1 cm e/ou com alto grau de displasia.
    - Fatores genéticos - Poliposes adenomatosa familiar;
    - Cancro coloretal hereditário não associado a poliposes (síndrome Lynch)
    - Cancro coloretal familiar
- Idade;
- Doença inflamatória intestinal (DII).

| Aumentam a incidência | Diminuem a incidência |
|---|---|
| Alto consumo de carne vermelha;<br>Alto consumo de gordura saturada;<br>Dieta hipercalórica;<br>Obesidade;<br>Sedentarismo;<br>Tabagismo;<br>Excesso de álcool (cancro de reto). | Consumo de vitaminas e antioxidantes;<br>Consumo de frutas e vegetais;<br>Uso regular de AINES;<br>Dieta rica em cálcio. |

O risco associado a DII depende de:

- Extensão da doença;
- Tempo de evolução (a partir de 8 anos na pancolite e 12 anos na colite distal e doença de Crohn), associação com colangite esclerosante e
- Severidade da inflamação.

**Diagnóstico do cancro coloretal**

**Manifestações clínicas**

Devido ao seu crescimento loco regional, os sintomas do variam de acordo com a localização do tumor. Os principais sintomas são motivados pelas mudanças de hábitos intestinais e a hemorragia digestiva baixa (retorragia ou hematoquésia) e a anemia ferropriva consequente.

**Cólon Esquerdo**:

- Alternância entre obstipação e diarreias em 75% dos casos, hemorragia digestiva baixa associada a ulcerações e friabilidade da mucosa intestinal e quadros de obstrução intestinal, resultante do crescimento em direção ao lúmen intestinal.

**Cólon Direito:**

- Presença de massas abdominais palpáveis na projeção do colón direito (cego e ascendente), devido ao crescimento extraluminal do tumor e quadros de anemia ferropriva por sangramento lento e crônico.

## Reto

Tenesmo, urgência em defecar provocada por sangramento retal ou fezes com muco, dor abdominal e presença de tumorações palpáveis no reto.

A dor abdominal pode ser insidiosa, com sensação de enfartamento ou queixas vagas e por vezes difusas.

O cancro coloretal, também pode ser diagnosticado pelas complicações locais, sendo as mais frequentes, a obstrução intestinal, a perfuração, a invasão aos órgãos vizinhos por contiguidade e a formação de abcessos e, ainda, pelos efeitos das metástases a distância, fundamentalmente no fígado, pulmão e peritoneu.

## Exame físico

Palpação abdominal (massa palpável no flanco e fossa ilíaca direita) e toque retal (irregularidades da mucosa retal e presença de sangue no dedo da luva).

## Exames complementares de diagnóstico

- Pesquisa de sangue oculto nas fezes:
- Colonoscopia
- Clister opaco com duplo contraste (se colonoscopia incompleta)

  A colonoscopia é o método de eleição para o diagnóstico do cancro coloretal. Permite a visualização de lesões precursoras e a recolha de amostras para estudo histopatológico. A sensibilidade deste exame é de 95%.

**Exames para estadiamento e seguimento**

- TC toraco-abdominal
- Marcadores Tumorais (CEA)
- Ressonância magnética

**Tratamento**

A abordagem terapêutica do cancro coloretal é feita por equipa multidisciplinar

- Cirurgia;
- Quimioterapia;
- Cuidados paliativos em doença avançada.

**Seguimento**

É recomendada a realização de consultas periódicas e exames complementares a cada 3 meses nos primeiros 2 anos; cada 6 meses até o quinto ano e anualmente após esse período.

Geralmente, os níveis de CEA, normalizam 1-4 meses depois da intervenção pelo que, níveis mantidos ou aumentados, são indicadores indiretos de que a resseção foi incompleta ou houve recidiva.

Estipula-se que o intervalo médio das determinações de CEA para pacientes em estadio II e III, deverá ser de 2 ou 3 meses durante dois anos e anualmente até aos cinco anos.

Em caso de pacientes com doença avançada a determinação dos níveis de CEA permite controlar a resposta à quimioterapia.

# Adenomegálias

Os **linfonodos** ou **gânglios linfáticos** são estruturas pequenas, riniformes, com 0,1-2 cm de comprimento que se encontram ao longo do curso dos vasos linfáticos e fazem parte do sistema imunológico, juntamente, com outros órgãos como a medula óssea, baço e timo. 1

O aumento do volume dos linfonodos (adenomegálias) é um achado comum na prática clínica diária e, uma abordagem metodológica, pode sugerir diagnóstico preciso com o mínimo de desconforto para o doente e em um curto espaço de tempo. 2.

Perante um doente com adenomegália o clínico deve:

- Identificar a localização das cadeias ganglionares e suas áreas de drenagem;
- Reconhecer características de gânglio maligno ou benigno;
- Saber fazer o diagnóstico diferencial das adenomegálias.

**Diagnóstico da adenomegálias**

**Anamnese**

**Tempo de evolução –** Adenomegálias com duração de menos de 2 semanas ou até 1 ano de existência e sem progressão têm menos probabilidade de serem malignos. Exceções a esta condição são os linfomas não Hodgkin (LNH) de baixo grau, linfomas Hodgkin(LH) e leucemia linfocítica crónica (LLC).

## Idade

Na infância a taxa de doenças malignas **é** muito baixa podendo aumentar com a idade. Os gânglios linfáticos são palpáveis logo no período neonatal e a maioria das crianças saudáveis têm adenomegália cervical, inguinal ou axilar palpável.

As causas mais comuns de adenomegálias em crianças são de etiologia infecciosa ou benigna.

Sintomatologia associada:

- Febre, perda de peso, fadiga ou sudorese noturna podem sugerir doenças infecciosas como a tuberculose ou infeção pelo VIH, doenças neoplásicas, linfoproliferativas ou doenças auto-imunes.
- A dor normalmente é sugestiva de um processo benigno (inflamação ou supuração), no entanto, pode resultar também do sangramento de centro necrótico de um gânglio maligno ou de compressão de um nervo.
- Outras manifestações clínicas tais como artralgia, fraqueza muscular ou erupção cutânea invulgar, podem indicar a possibilidade de doenças autoimuness tais como artrite reumatóide, lúpus eritematosos sistémico (LES) e dermatomiosite.
- A presença de esplenomegalia torna mais provável a hipótese de uma neoplasia do foro hematológico.

Exposição

- A história de exposição a animais, insetos, medicamentos, contato com doentes com doença infetocontagiosa, viagens e estado vacinal são essenciais na investigação de uma adenomegália persistente.

- Nos doentes com história de exposi**ção** a fumo de tabaco, álcool e radiação ultravioleta deve-se colocar a hipótese diagnóstica de metástases; esta hipótese deve ser colocada nos doentes com antecedentes familiares de cancro hereditário, tais como carcinomas da mama, do ovário e do estômago.
- A exposição profissional a silício ou berílio pode originar adenomegálias.

| **Medicamentos associados às adenomegálias** | | |
|---|---|---|
| Alopurinol | Hidralazina | Primidina |
| Atenolol | Indometacina | Pirimetamina |
| Captopril | Penicilinas | Ouro |
| Carbamazepina | Fenitoína | Quinidina |
| Cefalosporinas | Isoniazida | Sulfonamidas |

Adenomegálias em doentes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) podem estar associadas a doenças malignas tais como o sarcoma de Kaposi e linfoma não-Hodgkin.

**Exame físico**

**Localização e características dos** gânglio**s**

As cadeias ganglionares periféricas são responsáveis para a drenagem do fluido linfático de locais anatómicos específicos.

Uma das considerações importante é determinar se a adenomegália é localizada, limitada (regional) ou generalizada. Considera-se adenomegália **localizada** quando um grupo de nódulos linfáticos está envolvido, **limitada** (regional) quando estão envolvidos múltiplos grupos contíguos de nódulos linfáticos e **generalizada** quando estão envolvidos múltiplos grupos não contíguos de nódulos linfáticos, acima e abaixo do diafragma. 5, 8. As causas são várias, de acordo a esta classificação**.**

**Diagnóstico diferencial entre gânglio benigno e maligno***

| **Diagnóstico diferencial entre gânglio benigno e maligno*** | | |
|---|---|---|
| **Característica** | **Benigno** | **Maligno** |
| Tamanho | Geralmente <2 cm | Geralmente> 2 cm |
| Consistência | Mole | Endurecida, firme ou elástica |
| Duração | <2 Semanas | >2 Semanas |
| Evolução | Rápida** | Inicialmente silenciosa, progressiva, |
| Mobilidade | Móvel | Fixa |
| Aderência | Não | Sim |
| Localização (exemplo) | Inguinal e submandibular | Supraclavicular e epitroclear são altamente sugestivos de doenças malignas |
| Dor | Sim | Não** |

*As diferenças referidas devem ser contextualizadas de acordo com a situação clínica**.**

** Doenças malignas como as leucemias agudas podem apresentar gânglios dolorosos e de rápida evolução.

**Gânglios fixos** e endurecimento na pele subjacente sugerem **doença maligna**. Quando conglomerados são altamente sugestivos de tuberculose (TB). Este achado pode, contudo, ser visto em outras condições benignas (por exemplo, sarcoidose) ou malignas (por exemplo, metástases ou linfomas).

**Exames complementares**

**Análises de sangue**

Devem ser solicitadas de forma individualizada de acordo com as hipóteses diagnósticas. O hemograma completo e a lâmina periférica são mandatórios. A presença de blastos sugere leucemia.

**Imagiologia**

- Radiografia de tórax;
- Ecografia da cadeia ganglionar afetada e abdomino-pélvica;
- Biópsia ganglionar (ver anatomia patológica).

**Biópsia ganglionar**

Opções para biópsia incluem aspiração por agulha fina e biópsia excisional

Uma vez decidido fazer a biópsia deve ser retirado o maior linfonodo; não sendo possível, a ordem decrescente para a escolha do gânglio deve ser: supraclavicular, cervical, axilar e inguinal.

Quando se suspeita de um processo infeccioso, deve ser solicitado, para além do exame histológico habitual, a pesquisa para micobactérias, fungos, bactérias, vírus e parasitas.

Se a suspeita for de um processo neoplásico, deve-se acrescentar à histologia habitual, a imuno-histoquímica para determinar o sítio primário do tumor e a sua classificação.

**TAC abdomino-pélvica**

**Biópsia medula óssea**

É necessário, principalmente para estadiamento dos linfomas mas, também, pode ser útil no diagnóstico de neoplasias com infiltração medular, quando as primeiras manifestações clínicas são do foro hematológico.

# ANATOMIA PATOLÓGICA NO CONTEXTO DO CANCRO

## Definições

A Anatomia Patológica é uma especialidade médica e laboratorial com três ramos de atuação (citopatologia, histopatologia e tanatologia) cujo objetivo é o diagnóstico de doença através de estudo macro e microscópico de células, tecidos e órgãos de indivíduos vivos ou cadáveres.

Para além de ser um exame, essencialmente, usado para diagnóstico das doenças, exerce um papel importante na prevenção, ao indicar lesões precursoras de patologias preveníveis. É, também, importante na avaliação do prognóstico das doenças facultando, assim, dados para investigação.

**Citopatologia -** estuda as células colhidas de forma **aspirativa** (por biópsia) ou **esfoliativa** (raspados, escovados, lavados, urina, secreções e líquidos).

H**istopatologia -** estuda fragmentos de tecidos ou órgãos obtidos por biópsias (core, punch, incisional, excisional) e peças cirúrgicas (simples ou complexas), geralmente com a coloração de hematoxilina e eosina (HE). Usa-se, ainda, técnicas complementares como estudos histoquímicos, imuno-histoquímicos e de patologia molecular. As amostras devem ser conservadas em formol líquido 10% para o transporte. A quantidade de formol no recipiente deve ser 10 vezes mais o volume da amostra na razão 1:10.

**Tanatologia** (necrópsia) – estuda as autópsias clínicas (investiga a causa de morte sem diagnóstico clínico prévio).

# Diagnóstico de diversos tipos de cancros

O diagnóstico de qualquer neoplasia maligna é sempre histológico, sendo imprescindível para o tratamento do doente oncológico.

De entre os exames complementares de diagnóstico que temos em Cabo Verde, a punção aspirativa por agulha fina, vem assumindo um papel importante na abordagem inicial do diagnóstico das neoplasias malignas.

**Indicação da punção aspirativa por agulha fina:**

A punção ou biópsia/citologia aspirativa por agulha fina (PAAF / BAAF / CAAF) ajuda a estabelecer a natureza biológica da doença, ou seja, diferencia processo inflamatório do tumoral e define a natureza benigna ou maligna do tumor.

É um procedimento com fins diagnósticos, realizado por médico, para a avaliação de patologias que se apresentem como massas palpáveis (>1 cm) ou identificadas em exames por imagem (a colheita poderá ser guiada).

A biópsia aspirativa por agulha fian (**BAAF) está contraindicada** nas seguintes situações:

- Enfisema pulmonar, hipertensão arterial pulmonar e risco de pneumotórax;
- Feocromocitoma - crise hipertensiva;
- Tumores do seio carotídeo - hemorragia;

- Lesões exacerbadamente vascularizadas;
- Cisticercose - anafilaxia por liberação de antígenos e
- Massas profundas em pacientes sob terapia anticoagulante (suspender) ou com coagulopatias – contraindicação relativa.

Em massas superficiais não existem contraindicações absolutas, mesmo quando o doente está sob terapia anticoagulante.
A BAAF apresenta algumas limitações, nomeadamente, taxa de falsos negativos entre 5 a 20% que está, geralmente, relacionada com material insuficiente.

O material de BAAF pode ainda ser processado (CELLBLOCK) permitindo, assim, a sua utilização em outros métodos de análise, como histoquímica e imunohistoquímica (IMUNO).

**BAAF Tiróide**

Todo nódulo superior a 1 cm e com aparência suspeita, na ausência de hipertiroidismo, tem indicação para BAAF.

**BAAF Gânglios**

Uma das principais utilidades da BAAF ganglionar é na diferenciação entre linfomas versus metástase e ou processo inflamatório. É utilizada para selecionar doentes que beneficiam com o estudo de gânglio sentinela no carcinoma da mama (excluídos, se BAAF positiva, em gânglios axilares).
No estudo de doenças linfoproliferativas tem algumas limitações; pode ser difícil distinguir linfoma de baixo grau de hiperplasia reacional e

o diagnóstico de linfoma pode não ser definitivo. Contudo, em casos estratificados como negativos, é essencial que a suspeita clínica seja valorizada, pelo que está indicada a biópsia excisional.

**BAAF mama**

Indicações:

- Quistos (simples, septados ou complexos);
- Nódulos sólidos em paciente jovem (<35 anos);
- Adenopatia regional;
- Nódulos suspeitos (na impossibilidade de core-biopsy).

Limitações:

- Lesões calcificadas;
- Dificuldades inerentes a classificação de lesões proliferativas;
- Frequente falta de subsídios para ser considerado invasivo e consequentemente a não classificação histológica pré-operatória, não permitindo, assim, tratamentos neo-adjuvantes ou pesquisa de gânglio sentinela.

A avaliação citopatológica da mama pode ser feita por BAAF de lesões palpáveis ou guiadas por exame de imagem, estudo da secreção mamilar ou esfregaço de lesões na pele ou no mamilo, por vezes, ulceradas. Tem fins diagnósticos e terapêuticos (faz a drenagem do líquido dos quistos e dos abcessos).

**Biópsia por agulha grossa (core biópsia/microbiópsias)**

A core biópsia é uma biópsia de fragmentos, tem uma boa acurácia e baixas taxas de falso negativo (2%), idênticas às da biópsia cirúrgica (biópsia excisional).

Indicações:

- Lesões das categorias BI-RADS 4 e 5 – respeitadas as restrições já referidas;
- Lesões suspeitas após tratamento conservador de cancro;
- Lesões da categoria de BI-RADS 3 (única, múltipla, unilateral ou bilateral) – para tranquilização dos pacientes; quando o médico assistente não está seguro de que o paciente manterá o controlo semestral; antes de cirurgia plástica, de tratamento hormonal de substituição ou de gestação; discordância entre exame clínico-radiológico.

Contraindicações absolutas:

- Diáteses hemorrágicas;
- Alergia aos anestésicos.

Contraindicações relativas:

- Lesões infectadas – deve ser feita antibioticoterapia prévia;
- Lesões cardio-valvulares – deve ser feita antibioticoterapia antes e durante o procedimento;
- Lactação – pode ocorrer fístulas lácteas, provocadas pela CB;
- Cardiopatia descompensada – principalmente quando se necessita de guia estereotáxica para o procedimento, em que o paciente fica em decúbito ventral e imóvel. Esta condição clínica é bastante adversa. Se guiado pela ecografia os inconvenientes ficam minimizados.

## Biópsia por agulha grossa assistida por vácum (MAMOTOME)

A mamotome/biópsia por mamotomia é uma biópsia de fragmentos realizada sob um sistema de vacum guiado por imagem (Esterotaxia; RM ou Ecografia).
Tem as mesmas indicações, contraindicações e algumas limitações da core biópsia, sendo de custo superior. Mostra-se vantajoso pela possibilidade de avaliação de maior quantidade de tecido, permitindo a excisão de lesões até 1,5cm de diâmetro. A sua grande valia está na possibilidade de se colocar um clip metálico para follow up de lesões calcificadas.

## Biópsia incisional

A biópsia incisional consiste na retirada cirúrgica de parte de tecido da lesão para diagnóstico histológico.

## Biópsia excisional

A biópsia excisional consiste na retirada de toda a lesão, muitas vezes com arpão, no decurso de uma neoplasia com diagnóstico pré-operatório, para estudo intra-operatório ou estudo histológico em parafina. O objetivo é a ressecção da lesão com margem de segurança, preferencialmente de 1 cm, pelo que em alguns casos, poderá ser tratamento local definitivo.

**Indicações**:

- Casos de discordância clínica/rádio/cito ou histológica, devendo ser discutida previamente em reunião multidisciplinar de decisão diagnóstica e terapêutica;

- Diagnóstico de cicatriz radiária, nas hiperplasias e no carcinoma lobular in situ;
- Quando não é possível realizar microbiópsia ou macrobiópsia;
- Quando é necessário estudo histológico da totalidade da lesão.

**Biópsia extemporânea/trans-operatória**

A biópsia extemporânea é realizada durante o ato cirúrgico, permitindo definir conduta cirúrgica a ser proseguida, dependendo do diagnóstico histopatológico feito, ainda durante a cirurgia. Ela pode ser feita por estudo citológico ou por estudo histológico, este último necessita de um criostato.

**Indicações:**

- Estabelecer a natureza da lesão, benigna ou maligna
- Hiperplasia atípica, carcinoma in situ ou carcinoma invasivo
- Adequação da amostra (o tecido é ou não é tumoral)
- Avaliação das margens – livres ou não;
- Estudo do gânglio sentinela.

# A PSICO-ONCOLOGIA

A assistência psicológica aos pacientes oncológicos se enquadra dentro da área de especialidade denominada Psico-Oncologia. É a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia que utiliza conhecimento científico e metodológico provenientes da Psicologia da Saúde aplicados na assistência ao paciente oncológico, à sua família e aos profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, tratamento, reabilitação e fase terminal da doença.

**Diagnóstico - transmissão de más notícias**

O diagnóstico do cancro tem, usualmente, um efeito devastador. Ele ainda traz a ideia de morte, apesar de que, atualmente, ocorra muitos casos de cura. Traz o medo de mutilações e desfiguramentos, de tratamentos dolorosos e de muitas perdas provocadas pela doença. Esta situação de sofrimento conduz a uma problemática psíquica com características específicas. Os processos emocionais desencadeados nestes pacientes exigem, igualmente, cuidados específicos.

A prática correta estabelece que se deve dar ao paciente a oportunidade de ser informado e de poder discutir o seu estado. A família só deve ser informada mediante autorização do doente. Os profissionais de saúde devem receber treinamento em estratégias específicas que os ajudem a dar a má notícia de modo a facilitar a adaptação psicológica.

Um aspeto essencial ao dar más notícias é o de fornecer a informação adequada aos conhecimentos do paciente e às suas necessidades no momento da entrevista. O primeiro passo, é explorar o que o paciente

já sabe sobre o seu estado de saúde. Se ele já se encontra a par da gravidade da situação, permitindo ao profissional de saúde, confirmar as percepções do paciente sobre a sua doença.

Dar más notícias a pacientes que não têm qualquer consciência da gravidade da sua situação é mais difícil. É importante evitar dar a informação de forma brusca e potencialmente angustiante, na medida em que isso pode levar o paciente à negação ou causar uma perturbação emocional forte. As más notícias devem ser dadas gradualmente, o que permite que o paciente tome, a pouco e pouco, a consciência do seu estado.

Embora se deva dar a oportunidade aos pacientes de discutirem o seu estado, estes nunca devem ser forçados a este confronto, se mostrarem que não o desejam. Uma vez fornecida a informação, é importante que seja dado apoio aos pacientes para a assimilarem.

Avaliação psicológica do paciente oncológico deve ser iniciado o mais precocemente possível.

**Impacto psico- emocional do diagnóstico e evolução do cancro**

O cancro tem consequências psicológicas na vida do doente, seja no plano da atividade social: família, trabalho, saúde e qualidade de vida, assim como, no plano psicológico e emocional: ansiedade, depressão, agressividade, raiva e alteração dos padrões de resposta cognitiva, podendo amenizar ou exacerbar as manifestações de carácter emocional e alterações no processo de valorização pessoal (Ogden, 1996; Dias, 2002; McIntyre, Fernandes & Pereira, 2002; Andréu, 2002; Ribeiro, 2005).

## Modalidade de atendimento psicológico

- Atendimento individual (paciente, familiares e cuidadores) - Na psico-oncologia, o atendimento individual, deve ultrapassar os limites do consultório e da prática da psicoterapia, devendo procurar trabalhar com o paciente onde quer que ele se encontre de forma a ser proporcionado bem-estar psicológico e melhores condições para enfrentar o processo de adoecimento.
- Atendimento em grupo (pacientes e familiares) - O método de tratamento em grupo, terapia de grupo - favorece um suporte mútuo, alivia a depressão e diminui a sensação de isolamento ou solidão. Deve adotar uma abordagem psicoeducativa dando informações e orientações pertinentes focadas nas dúvidas, mitos e crenças sobre a doença e sobre os tratamentos e suas possíveis consequências.

## Seleção dos membros de um grupo

Os pacientes candidatos para terapia de grupo são os que estão dispostos para escutarem outros e falarem de si mesmos. Os pacientes devem ser preparados para entrarem no grupo e serem integrados de acordo com a sua patologia e incluídos no que lhes seja mais apropriado.

## Intervenção psicológica: técnicas estratégias e procedimentos terapêuticos

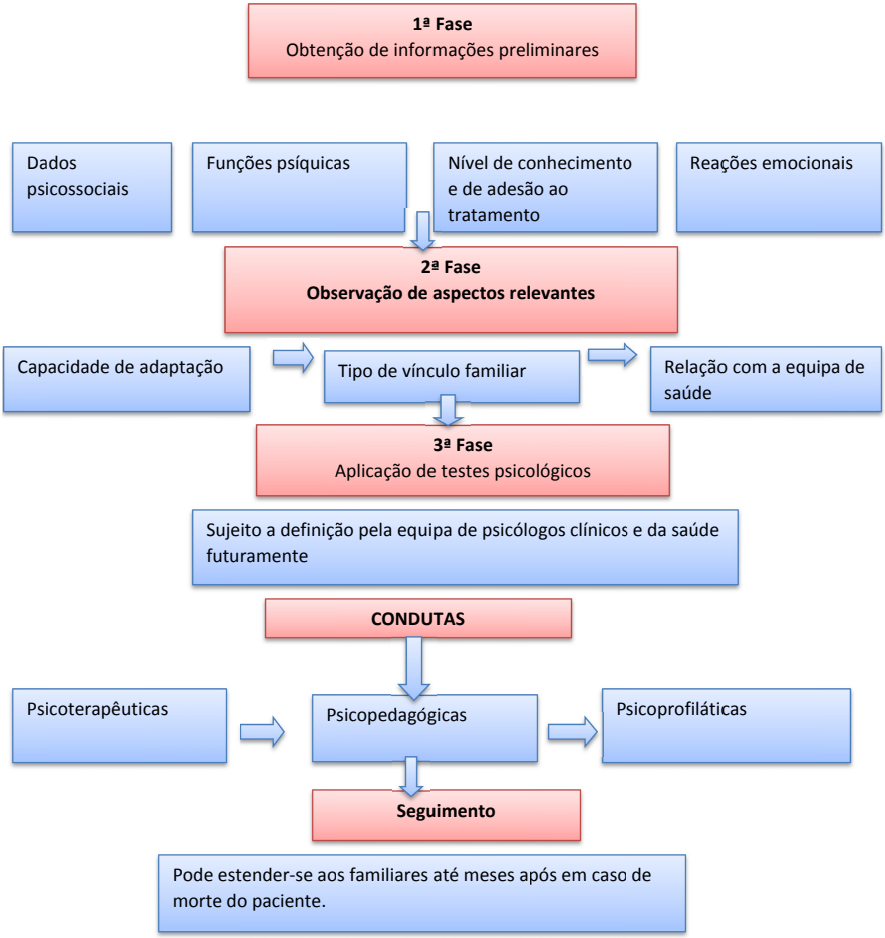
Considerando as consequências psicológicas do cancro, o psicólogo tem um grande potencial interventivo. A intervenção psicológica tem influência positiva na melhoria do funcionamento psicológico, emocional e biológico, assim como na adoção de comportamentos

pró-saúde, o que, em última análise, repercute na melhoria da qualidade de vida do paciente. Uma intervenção mais precocemente possível, dirigida ao doente oncológico e seu cuidador é fundamental na prevenção do stress psicológico.

A escolha das técnicas de psicoterapia deve ser adequada ao tipo de problema, objetivo da terapia e às características individuais dos pacientes. No entanto, considerando o conhecimento dos principais aspectos psicológicos dos pacientes oncológicos e, após uma correta e rigorosa avaliação das especificidades de cada caso, as seguintes intervenções podem ser utilizadas:

- Suporte emocional
- Expressão de emoções
- Terapia cognitivo-comportamental (reestruturação cognitiva)
- Treino de gestão do stress
- Treino de relaxamento
- Treino de coping com o diagnóstico
- Treino de coping com a doença
- Psicoterapia breve

# Fluxograma de assistência psicológica a pacientes oncológicos



# PRINCÍPIOS DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Entre o diagnóstico e a primeira abordagem terapêutica admite-se um intervalo máximo de quatro semanas. A oncologia é uma especialidade multidisciplinar, onde as comissões de oncologia formadas por oncologista clínico (médico assistente), cirurgião oncológico, radioterapeuta, patologista, radiologista e outras especialista segundo o tipo de cancro, para determinar a melhor estratégia diagnóstica e terapêutica.

Sendo assim, deverá haver uma reunião em que idealmente participem patologista, imagiologista, cirurgião, ginecologista, radioterapia e oncologista médico, antes, mesmo, do primeiro gesto terapêutico e sempre que se justifique uma reavaliação multidisciplinar. Cada membro desta equipa deve ter formação específica e treino.

A decisão desta reunião deve ficar expressa e assinada por todos os membros do grupo. O diagnóstico e o tratamento do cancro não são compatíveis com longos períodos de espera. Um intervalo recomendável de quatro semanas deve ser considerado entre as várias condições necessárias para tratamento com objetivo curativo. A título excepcional, os intervalos acima referidos poderão ir até 12 semanas.

Em 1987, a União Internacional Contra o Cancro (UICC) e a American Joint Committee on Cancro, determinaram um método comum de avaliar a extensão dos tumores malignos mediante o sistema TNM (onde T é a extensão do tumor; N são os gânglios linfáticos regionais; e M as metástases) e os estadios tumorais por regras de aplicação do sistema TNM.

O tratamento deve ser baseado no estadiamento (TNM) da doença no momento do diagnóstico. O estadiamento só se aplica quando existe diagnóstico histopatológico.

O TNM clínico e pré terapêutico se completa com o pTNM (TNM patológico) segundo as observações cirúrgicas e o estudo das amostras tumorais macro e microscópicas.

O TNM permite objetivar a efetividade diagnóstica e evitar intervenções cirúrgicas inúteis (cirurgia exploradora sem extirpações tumorais) que aumentam a mortalidade dos doentes.

O grau histológico é classificado com a letra G, sendo Gx quando não é possível diferenciar, G1 bem diferenciado, G2 moderadamente diferenciado, G3 pobremente diferenciado e G4 indiferenciado.

As terapêuticas oncológicas atuais são multidisciplinarias, pelo que as várias opções devem ser discutidas: tratamento único ou combinado. A cirurgia precoce é o método com maior taxa de cura.

Métodos de tratamento em oncologia:

- Cirurgia
- Radioterapia
- Hormonoterapia
- Imunoterapia
- Quimioterapia
- Terapia Paliativa

## Cirurgia

Os diferentes tipos de cirurgias oncológicas são:

- **Diagnóstica**: Com o objetivo de estabelecer o diagnóstico histológico mediante a realização de biópsia com diferentes técnicas, muitas vezes guiado por exames com imagem como a ecografia ou a tomografia axial computarizada (TAC).

- **Radical** ou **curativa**: Extirpação total e definitiva de um tumor localizado e drenagem linfático regional.

- **Paliativa**: Com o objetivo de reduzir ou impedir as complicações provocadas por tumores irresecavéis como são quadros dolorosos ou compressivos.

- **Das recidivas**: Indicado em doentes em que se deseja saber a natureza de uma nova lesão ou para realizar estudos específicos como, por exemplo: receptores hormonais, extirpação de massas recidivantes de crescimento lento ou em caso de suspeita de recidivas.

- **Das metástases**: Indicada somente em certos tipos de tumores que apresentem uma metástase única, acessível cirurgicamente.

## Radioterapia

A ação biológica da radioterapia está baseada no poder que radiações ionizantes têm em produzir radicais livres, ao interagir com a matéria e cede a energia, que produz roturas nas ligações de moléculas biológicas, nomeadamente no DNA que são as moléculas mais sensíveis.

Se o resultado for inativação celular é denominado de "dano letal"; se produzem lesões mais ou menos reparáveis de "dano subletal". Inicialmente a unidade de medida utilizada era o rad (radiation absorbed dose) que equivale a 100 ergs por grama de tecido. Atualmente se utiliza o Gray, que equivale a 100 rads.

**Modalidades fundamentais de radioterapia**

**Externa**: Radiação produzida por um gerador (bomba de cobalto, aceleradores lineares) e dirigido a uma região específica do corpo.

**Braquiterapia**: Radioterapia a curta distância mediante a inserção de fontes radiantes no leito tumoral - braquiterapia intersticial ou na cavidade - braquiterapia endocavitária.

**Radioterapia metabólica**: Administração de isótopo via oral ou endovenosa. Aproveita se do trofismo de certos órgãos como, por exemplo, o iodo 131 nas tiroides.

**Outra classificação de radioterapia de acordo com o resultado**

**Radical**: Utilizada nas neoplasias com radiosensibilidade moderada ou alta. Pode ser associado a quimioterapia prévia neoadjuvante ou simultânea - radioquimioterapia.

**Complementar**: Pré ou pós operatória para diminuir o risco de recidiva local ou regional.

**Paliativa**: Diminui os sintomas de cancros localmente avançados e irresecáveis e das metástases. A radioterapia produz efeitos antiálgicos, descompressivos e hemostáticos.

### Classificação dos efeitos secundários da radioterapia

**Precoces**: Caracterizam-se por reações inflamatórias agudas dos órgãos irradiados (epitelites, mucosites, pneumonites) e cursam com sintomatologia característica (disfagia, dispneia, diarreia).

**Tardios**: São mais graves por serem irreversíveis e provocam lesões como a xerostomia, fibrose pulmonar, estenose intestinal, rectites, cistites e outros.

## Hormonoterapia

É um tratamento com medicamentos hormonais usados como preventivo de recidiva e ou paliativo, em cancros hormonodependentes como os da mama e da próstata.

### Modalidades de hormonoterapia

**Terapêutica ablativa** (cirurgia endócrina): consiste na anulação da atividade endócrina de órgãos usando a extirpação cirúrgica (ovarectomia, orquidectomia), a radioterapia ou química com antagonistas de LHRH.

**Terapêutica aditiva**: Consiste na administração de substâncias exógenas que modificam o ambiente tumoral como, derivados da progesterona (medroxiprogesterona o megestrel) em cancros de mama, endométrio, próstata e rim, e glucocorticoides em hemopatias malignas.

**Terapêutica competitiva**: Impedem a ação de determinadas substancias bloqueando a ação de determinados recetores por diferentes mecanismos. Incluem os antiestrógenos (tamoxifeno) os antiandrógenos

(ciproterona, flutamida, etc.), inibidores da aromatasa (aminoglutetimida), agonistas da LHRH (buseralina), e somatostatina e análogos (octeótrido).

### Imunoterapia

Tem como objetivo estimular as respostas imunológicas do doente contra o tumor. Utilizam-se anticorpos monoclonais, contra vários antigénios tumorais. Citoquinas (interferón, interleuquinas, Fator de necroses tumoral).

Terapia celular adotiva: células efetoras autólogas, se ativam, se expanden ex vivo, e se reinfundem nos doentes como células ativadas asesinas contra determinadas células (LAK – lymphokine-actived cells).

### Vacinas tumorais:

Imunoterapia específica atualmente em fase de investigação.

### Quimioterapia

**É o método que utiliza compostos químicos** no tratamento de tumores malignos. Afetam tanto as células neoplásicas como as células normais.

A quimioterapia consiste em drogas que atuam em determinadas fases do ciclo celular.

Um tumor maligno tem células em todas as fases do ciclo celular: isso faz com que seja necessária a poliquimioterapia, para que as células em várias fases do ciclo sejam acometidas. Os ciclos de quimioterapia existem por causa da toxicidade dos medicamentos. O intervalo entre as aplicações tem a ver com o período de recuperação do organismo.

Os intervalos são padronizados nos protocolos, mas devemos respeitar o ritmo de recuperação dos doentes.

**Objetivos da utilização de várias drogas (poliquimioterapia)**

- A ação combinada de drogas pode eliminar as células resistentes
- As células do tumor não estão ao mesmo tempo na mesma fase do ciclo celular.
- A combinação deve ser mais efetiva que os fármacos isoladamente.

**Classificação da quimioterapia antineoplásica**

**Adjuvante**

A quimioterapia adjuvante aumenta a sobrevida dos doentes. É utilizada há mais de 20 anos no cancro de mama, antes desse tipo de tratamento, a sobrevida aos 5 anos era de 50% para o cancro da mama sendo, atualmente, de 75%. Houve evolução idêntica com o cancro do intestino grosso. A sobrevida aos 5 anos, de doentes com o cancro de estômago, sempre com altas taxas de recidiva e de óbitos, aumentou de 25% para 50%, após o início de tratamento quimioterápico. A quimioterapia adjuvante é feita durante ou após um tratamento cirúrgico ou radioterápico quando, teoricamente, poderá haver células tumorais na corrente sanguínea. Na quimioterapia adjuvante as doses dos fármacos habitualmente usadas, são menores e menos agressivas do que nas situações de cancro avançado. Diminui-se, assim, os efeitos colaterais e consegue-se melhores resultados terapêuticos.

## Neoadjuvante

A quimioterpia neoadjuvante é usada nas situações em que o tumor é muito volumoso. Assim, faz-se a terapêutica com o objetivo de reduzir o tamanho do tumor para, só depois, fazer a cirurgia, radioterapia ou outro tratamento.

## Curativa

A quimioterapia curativa **é** usada quando a natureza do tumor indica apenas tratamento com quimioterápicos - coriocarcinoma, mieloma múltiplo e leucemia.

## Paliativa

A quimioterapia paliativa é mais utilizada nos cancros avançados, com finalidade paliativa ou para prolongar o tempo de vida e melhorar a sua qualidade. Linfomas e leucemias respondem bem a quimioterapia e radioterapia.

- Oral
- Endovenosa (mais utilizada);
- Intramuscular;
- Intra-arterial;
- Intra-cavitária;
- Intra-luminar;
- Intratecal.

## Complicações

Os principais efeitos colaterais da quimioterapia são anemia, plaquetopenia, leucopenia, alterações do trato gastrointestinal (TGI).

Na preparação dos medicamentos é obrigatória a utilização de câmaras com fluxo de ar laminar para evitar contaminações e doenças profissionais.

## Tipos de complicações

Hematológicas: anemia, plaquetopenia, leucopenia (pode levar a infeções graves). Fatores de crescimento podem ser administrados ao doente para estimular a medula óssea. É importante fazer hemograma nos intervalos dos ciclos.

Digestivas: náuseas, vômitos, diarreia, gastrite, enterite, esofagite. As células do TGI são as mais afetadas porque apresentam turn-over elevado, assim como as da Medula óssea.

Urológicas: drogas como metotrexato e ciclofosfamida são eliminadas pelo rim e podendo provocar nefrite e ou cistite químicas por irritação. A cisplatina pode, ainda, provocar insuficiência renal.

Hepáticas: ciclofosfamida e metotrexato são eliminados através da bile e podendo induzir hepatite e ou colecistite químicas. A icterícia pode ser apenas um efeito direto do medicamento.

Pulmonares: a bleomicina é pneumotóxica e pode provocar fibrose pulmonar. É administrada em doses mínimas de 15 mg e máximas de 300 mg (a probabilidade de insuficiência respiratória com doses superiores é elevada).

Cardíacas: doxorrubicina e epirrubicina são cardiotóxicas com limites mínimos das doses administradas. A dosagem das drogas de quimioterapia baseia-se nas medidas da superfície corporal. A doxorrubicina é administrada em doses mínimas de 50mg/m², e máximo de 550 mg/m² (doses superiores podem levar o doente a óbito por insuficiência cardíaca congestiva (ICC). O tratamento com doxorrubicina não deve ultrapassar os 11 ciclos.

Dermatológicas: as células da pele, assim como do cabelo, têm um crescimento aumentado, pelo que os efeitos da quimioterapia podem ser acentuados.

Neurológicas: a vincristina e a vinblastina são neurotóxicas e alucinógenas: provocam formigamentos nas extremidades.

# CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidado paliativo, segundo OMS (1990), é um conjunto de cuidados ativos e totais que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e seus familiares perante uma doença que não responde a tratamento curativo.

É uma tipologia de cuidados globais destinados aos doentes com patologias incuráveis, habitualmente com grande sofrimento, que integram, também, a família e os prestadores de cuidados.

Assenta numa resposta organizada às necessidades dos doentes através de atuação de equipas multidisciplinares, com competências nesta área, em regime de internamento ou ambulatorial. Esta última modalidade poderá ser feita através de consultas especificas e ou atendimento domiciliário, dependendo dos níveis de diferenciação dos cuidados paliativos.

A prática de cuidados paliativos deve ter como objetivos principais:

- Defender o direito dos doentes incuráveis e o acesso a cuidados paliativos completos;
- Garantir a autonomia e o direito de escolha dos doentes incuráveis ou em fase final da vida;
- Manter a interdição de, intencionalmente, se pôr fim à vida dos doentes incuráveis ou na fase final da vida.

Componentes essenciais dos cuidados paliativos

- Alívio dos sintomas - deverá ser avaliada, em cada consulta ou visita, os principais sintomas que o doente apresenta e, de forma consciente, instituir um plano de tratamento. O doente e a família devem ter um papel importante no tratamento e na monitorização da terapêutica. Devem ser usados instrumentos validados (escalas de dor, escala de Edmound) para a avaliação dos principais sintomas e particularizar conforme cada situação.

- Apoio psicológico, espiritual e emocional - assenta no fato de que a abordagem paliativa deve ser global e com abordagem da DOR TOTAL.

- Apoio à família durante a doença e durante o luto - a família tem um papel fulcral nos cuidados prestados aos doentes e, ela própria, também deve ser objeto de cuidados durante a doença e durante o luto. Isto porque é fundamental que a família, como parte integrante da vida do doente, possa também compreender, aceitar e ter uma atitude construtiva e colaborante no apoio ao doente e na realização de adaptações que ela própria poderá fazer, de acordo com as várias fases de evolução da doença do seu familiar;

- Interdisciplinaridade - entende-se que uma abordagem global só é feita com qualidade se incluir uma equipa multidisciplinar que poderá atuar nos vários problemas do doente e da família.

Cada equipa de cuidados paliativos deverá ser constituída por elementos com competência em cuidados paliativos e, no mínimo, por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta.

No âmbito da criação de um Programa de Cuidados Paliativos é importante definir os princípios que regem a prática desses cuidados, pois constituem universalmente a sua base e o seu carácter específico.

Princípios da prática em cuidados paliativos segundo a OMS:

- Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser médica e humanamente apoiadas;
- Considera que a fase final da vida pode proporcionar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica.
- Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;

- Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- Só é prestada quando o doente e a família o aceitam;
- Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- É baseado na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Assim, conforme as estruturas e áreas de intervenção, os cuidados paliativos podem ser organizados com as seguintes tipologias:

- Unidade de Cuidados Paliativos – centrada em instalações própria, especificamente dedicadas a cuidados paliativos
- Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos – dirigidas a doentes internados em hospitais ou outras unidades de internamento. Poderá fazer seguimento ambulatório de doentes em cuidados paliativos
- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos – dirigida a doente ambulatório em cuidados domiciliários.

Referenciação dos doentes em cuidados paliativos - a alta de um doente internado deve ser preparada desde a data de admissão, por forma a viabilizar a continuação de cuidados adequados às necessidades do doente. Assim, a identificação dos doentes deve ser completa e feita o mais precocemente possível.

**Doentes internados**

Todos os doentes internados com critérios para paliação, devem ser referenciados pela equipa do serviço para avaliação e seguimento da equipa de cuidados paliativos.

É importante uma boa articulação com os diversos serviços, hospitalar e CSP, para a continuidade da prestação de cuidados paliativos.

**Doentes na comunidade**

Para doentes em seguimento no centro de saúde, a orientação para cuidados paliativos deverá ser feita pela equipa comunitária (se houver disponibidade, médico, psicólogo e assistente social devem integrar a equipa).

## Avaliação da enfermagem em cuidados paliativos

- O núcleo dos cuidados paliativos hospitalares deve ser formada por uma equipa especializada capacitada para acolher, orientar e encaminhar os doentes

- O enfermeiro deve fazer a avaliação, utilizando fichas de avaliação próprias e traçar um plano de cuidados, mediante a identificação das necessidades;

- As necessidades de aprendizagem do doente e da família devem ser avaliados;

- O enfermeiro deve definir onde o plano deve ser realizado (domicílio, ambulatório ou centro de saúde).

## Sistematização da assistência de enfermagem nos cuidados Paliativos SAE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Avaliação inicial | Entrevista | Identificação | Identificar o contexto sociofamiliar, cultural e espiritual<br>Identificar crenças face à doença oncológica<br>Pessoa significativa |
| | | Situação socio familiar | |
| | | Antecedente saúde/doença | |
| | | História recente | |
| | Avaliação cefalocaudal | Cabeça e pescoço | Avaliar todos os sistemas e processos biológicos<br>Avaliar os sinais vitais e biométricos incluindo a dor |
| | | Membros superiores | |
| | | Membros inferiores | |
| | | Tórax e abdómem | |
| | Avaliação das NHFs | Avaliação da autonomia | Avaliar a alteração das NHFs e o seu impacto nas AVDs<br>Avaliar a necessidade de ajuda parcial ou total<br>Identificar as necessidades de aprendizagem do doente e da família |
| | | Dependência total | |
| | | Dependência parcial | |
| Plano de cuidados | O Plano de cuidados deve ser elaborado mediante as necessidades identificadas na avaliação inicial | O plano de cuidados deve ter como objetivo alcançar resultados esperados | A reavaliação deve analisar os resultados esperados preconizados no plano de cuidados, com vista a fazer uma revisão caso tenha havido alterações do estado do doente. |
| | | Deve-se ter em conta os riscos, nomeadamente: riscos de queda, sangramento e infeção | |
| | | Comunicação terapêutica e a relação de ajuda com o objetivo de promover o autocuidado e o ajustamento do doente | |

- Para os cuidados no domicílio, o enfermeiro deve avaliar as capacidades do cuidador e fazer o ensino de um plano de estabelecido de acordo com as condições do contexto familiar.

- Se o doente for referenciado para o centro de saúde, deve ser acompanhado de uma folha de informação da enfermagem, devidamente elaborada, onde explica todas as intervenções realizadas, o plano de cuidados a ser seguido e as datas das consultas subsequentes já marcadas.

# A intervenção da psicologia em cuidados paliativos

As intervenções desenvolvidas pelo psicólogo incluem:

- Avaliação e diagnóstico do doente;
- Avaliação do contexto familiar, incluindo o cuidador principal do doente;
- Orientação de familiares e profissionais;
- A escuta clínica da família;
- Contato da equipa para informações verbais sobre o diagnóstico e plano de ação previsto;
- Enfatizar a utilidade das habilidades em enfrentar a situação, trabalhando as mesmas;
- Trabalhar a elaboração de ficha de informação sobre o estado de saúde do doente;
- Promover a aproximação sócio familiar;
- Ações de promoção da humanização do atendimento hospitalar;
- Psicoterapia de suporte para alívio do sofrimento psicológico;
- Terapia sobre a morte e a terminalidade.

**Técnicas e procedimentos adotados pelos psicólogos em cuidados paliativos**: Entrevista aberta (individual ou em grupo):

- Escuta clínica e compreensiva;
- Orientação e educação referentes aos aspetos da morte e terminalidade com pacientes e familiares e cuidadores;

- Realização de grupos de apoio e reflexão com familiares e equipe de saúde, mediação entre pacientes, familiares e equipe de saúde;
- Interconsulta;
- Psicoterapia;
- Visitas domiciliares;
- Elaboração de cartas e rituais de despedida com familiares/cuidadores;
- Registos de narrativas de história de vida;
- Aconselhamento;
- Utilização de técnicas terapêuticas variadas;
- Encaminhamento a outros serviços.

**A relevância da intervenção psicológica em cuidados paliativos**

É possível perceber a relevância da psicologia com suas contribuições, para a compreensão dos aspetos psíquicos do sofrimento humano perante um quadro de doença, que passa a ser tratado em cuidados paliativos ou terminais.

A prática do psicólogo nos cuidados paliativos contribui para garantir o princípio da integralidade dos cuidados, conforme estabelecido pela OMS (2007), permitindo intervenções relevantes por meio de instrumentos de uso exclusivo do profissional da psicologia e técnicas apropriadas à intervenção psicológica.

# BIBLIOGRAFIA


- American Joint committee on cancer, (2002). *Manual de Estadiamento de Cancro*. 6ª ed. Springer Verlag. New York.
- Andrèu, Y. (2002). *Personalidad tipo C. história y validez del concepto*. In: Territórios da psicologia oncológica. Lisboa, Climepsi.
- Anthony, J. N. e Peter, J. H. (2008). *Principios de tratamiento oncológico*. Medicina Interna.14ª ed. Farreras/Rozman.
- Berliner, J. L. e Fay, A. M. (2013). Cummings SA, Burnett B, Tillmanns T. NSGC Practice Guideline: Risk Assessment and Genetic Counseling for Hereditary Breast and Ovarian Cancro. *Journal of genetic counseling*. 22. 2. 155-63.
- Berliner, J. L. e Fay, A. M. (2007). Risk Assessment and Genetic Counseling for Hereditary Breast and Ovarian Cancro: Recommendations of the National Society of Genetic Counselors. *Journal of genetic counseling*.16. 3. 241-60.
- Boeri, L., Canzonieri, C., Cagioni, C., Ornati, F. e Danesino, C. (2011). Breast Cancro and Genetics. *Journal of ultrasound*. 14. 4. 171-6.
- Bradbury, A. e Olopade, O. (2007). Genetic Susceptibility to Breast Cancro. *Rev Endocr Metab Disord.* 8. 3. 255-67.
- Brown, R. S. e Less-Haley, P. R. (1992). Fear of Future Illness, Chemical AIDS and Cancroophobia: *A Review Psychological reports,* 71. 187 – 207.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: História, Características e Desafios. *Psicol. USP*. Vol. 13.

- Caspersen, C. J., Powel, K. E. e Christenson, G. M. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-related Research. *Public Health Reports,* Vol. 100.
- Children and Families. (2015). *Cancro and Psychology of the American Psychologist.* American.
- Christo, Z. e Traesel, S. (2009). Aspectos Psicológicos do Paciente Oncológico e a Atuação da Psico-oncologia no Hospital. *Disc. Scientia*. Série. 10. 1. 75-87.
- Coelho, E. R.(2009). *Adenocarcinoma do Esófago: Abordagem Diagnostica e Papel da Cirurgia no Tratamento.* Porto, Portugal.
- Costa, J. e Áderson, L. (2001). O Desenvolvimento da Psico-oncologia: Implicações para a Pesquisa e Intervenção Profissional em Saúde. *Psicol. cienc. prof.* Vol. 21.
- Costa, P., Esteves, R., Lages, P. e Ferreira, F. (2014). Cancro de Esofago: Estrategia de Abordagem Cirurgica. *Revista Cientifica da Ordem dos Medicos*. 27. 5. 593-600.
- D'Amico, A. V. et al. (1998). Biochemical Outcome After Radical Prostatectomy, External Beam Radiation Therapy, or Interstitial Radiation Therapy for Clinically Localized Prostate Cancro. 280. 11. 969-974.
- De Angelis, T. (2003). *Helping Young Cancro Patients Return to Normal Life.* American Psychologist. Vol 34.
- Deshields, T., Zebrack, B. e Kennedy V. (2012). The State of Psychosocial Services in Cancro Care in the United States. *Psycho-Oncology*. 22. 699–703.

- Devita, H. R. (2008). *Cancro Principles & Practices of Oncology*, 8th edition.
- Dias, J. S. (2010). *Cancro da Próstata - Urologia Fundamental na Prática Clínica.* Edições Técnicas Lda. Lisboa/Porto, Portugal.
- Dias, M. R. (2002). *Cancro da Mama: A (Contra) Informação dos Mass Média*. Lisboa, Climepsi.
- Drummond, J. P. et al. (1998). *Medicina baseada em evidências.* São Paulo, Atheneu.
- Durá, E. e Ibañez, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas Futuras de Investigación e Intervención Profesional. *Psic., Saúde & Doenças*. Vol. 1.
- Eichler, K. et al. (2006). Diagnostic Value of Systematic Biopsy Methods in the Investigation of Prostate Cancro. *A systematic Review*. 175. 1605-12.
- Ellis, C. N. (2010*). Inherited Cancro Syndromes: Current Clinical* Management: Springer.
- European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancro Screening and Diagnosis. (2006). 4ª ed.
- Ferlay, J. et al. (2010). *Cancro Incidence and Mortality Worldwid*e. International Agency for Research on Cancro, Lyon, France.
- Ferlay, J. et al. (2010). Estimates of Worldwide Burden of Cancro in 2008. *International Journal of Cancro.* 127. 12. 2893-2917.
- Forattini, O. P. (1992). *Ecologia, Epidemiologia e Sociedade.* Artes Médicas: Universidade de São Paulo.

- Ford, D., ,Easton D. F., Stratton, M., Narod, S., Goldgar, D., Devilee, P. et al. (s.d) Genetic Heterogeneity and Penetrance Analysis of the BRCA1 and BRCA2 Genes in Breast Cancro.
- Francisco, G., Ana N. et al. (2004). *Modelo de Atención Psico-social en Oncología: Standards.* Institut Catala D´oncologia. Vol. 1.
- George, F. (2012). Causes of Deaths in Portugal and Challenges in Prevention. *Ata Medica Portuguesa.* 25. 2. 61-3.
- Gleason, D. F e Mellinger, G.T. (1974). Prediction of Prognosis for Prostatic Adenocarcinoma by Combined Histological Grading and Clinical Staging. *J Urol*.111. 58-64.
- Heidenreich, A. et al. (2011). Guía de la EAU Sobre el Cancro de Próstata. Parte I: Cribado, Diagnóstico y Tratamiento del Cancro Clínicamente Localizado. *Actas Urol Esp*. 35. 9. 501-514.
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancro. (2010). *Incidence and Mortality Web-Based Report*. Institute, Atlanta, Ga, USA.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E. e Forman, D. (2011). Global Cancro Statistics. *A Cancro Journal for Clinicians*. 61. 2. 69-90.
- Jemal A, Siegel, R., Ward, F. (2008). *Cancro Statistics*. Vol. 58.
- Bokhman, J. V. (1983). *Two Pathogenic Types of Endometrial Carcinoma:Gynecol Oncol.* Vol. 15.
- Kazak, E., Anne, e Noll, B. R. (s.d). *The Integration of Psychology in Pediatric Oncology, Research and Practice: Collaboration to Improve Care and Outcomes for.*

- Krabshuis, J. H., Catassi, C., Greco, L. e Cohen, H. (2005). *Doenca Celiaca, Word Gastroenterology Organization Practice Guidelines.*
- Krabshuis, J. H., Catassi, C., Greco, L. e Cohen, H. (2005). *Doenca Celiaca, World Gastroenterology Organization Practice Guidelines.*
- Lidor, A., Ismajovich, B. e Confino, E. (1986). *Histologiccal Findings in 226 Women With Post-menopausal Uterine Bleeding.* Acta Obstet Gynecol Scand.
- Longer, R. D., Pierce, J. J. e O'Hanlan, K. A. (1997). *Transvaginal Ultrsonography Compared With Endometrial Biopsy for the Detection of Endometrial Disease.* N England J Medicine. Vol. 337.
- Lopes, A. B. (2008). *Analise da Expressão Imunohistoquimica da Proteína p53 na Identificação de Lesões Precursoras do Carcinoma Epidermóide Esófago Usando Balão Citológico em Indivíduos sob Risco.* Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de pós graduação em Medicina, Porto Alegre, 2008.
- Lopes, A. B., *Analise da expressão Imunohistoquimica da proteína p53 na identificação de lesões precursoras do Carcinoma epidermóide esófago usando balão citológico em indivíduos sob risco.* Porto Alegre.
- Lucio, L. S. et all, *Cancro da Mama- O que Devemos Saber.* 1ª edição. Lisboa, 2004
- Luiz, R. (2005). *Rotinas em Cirurgia Digestiva.* Artmed editora.

- Lynch, H. T., Snyder, C. e Lynch, J. (2012). Hereditary Breast Cancro: Practical Pursuit for Clinical Translation. *Annals of surgical oncology*. 19. 6. 1723-31.
- Macintyre, T. M., Fernandes, S. R. e Pereira, M. G. (2002). *Intervenção psicossocial Breve na Situação Oncológica em Contexto de Grupo*. In: Territórios da psicologia Oncológica. Lisboa, Climepsi.
- Maia, L. e Correia, C. (2008). *Consequências Psicológicas, Estratégias de Coping e Intervenção na Doença Oncológica.* www.psicologia.pt/artigos/textos/A0445.pdf
- Majdak-Paredes, E. J. e Fatah, F. (2009). Hereditary Breast Cancro Syndromes and Clinical Implications. *Journal of plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 62. 2. 181-9.
- Martin-Hirsch, P. L., Paraskevaidis, E. e Kitchener, H. (2000). Surgery for Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2. 13-18.
- Mavaddat, N., Antoniou, A. C., Easton, D. F. e Garcia-Closas, M. (2010). Genetic Susceptibility to Breast Cancro. *Molecular oncology*. 4. 3. 174-91.
- Monteiro, N. M. L., Araujo, D. F., Soares, E. B., e Vieira, J.P.F.B. (2009). Cancro de Esófago: Perfil das Manifestações Clinicas, Histologia, Localizacao e Comportamento Metastatico em Doentes Submetidos a Tratamento Oncologico em Centro de Referencia em Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira De Cancroologia*. 55. 1. 27-32.

- Morgan, P. R. et al. (1997). The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Microinvasive Carcinoma of the Cervix study: Preliminary Results. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 100. 7. 664-8.
- Mota, F. (2012). *Compêndio de Ginecologia Oncológica.* S.L, Lidel.
- National Comprehensive Cancro Network Clinical Practice Guidelines in Oncology Prostate Cancro Early Detection. (2010). Version 2. Disponível em www.nccn.org.
- National Comprehensive Cancro Network. Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast and Ovarian. (2013). Version 4. Disponível em http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_screening.pdf.
- Netter, (2003). Atlas de Anatomia Humana. 3ª ed. Artmed Editora..
- Novotney, A. (2019). *Life-Changing Interventions: Psychologists' Research is Preventing and Reducing the Burden of Cancro.* American Psychological Association.
- O'Connor, E. (2001). *The Integrative Approach to Cancro Care.* American Psychologist. Vol. 32.
- Ogden, J. (1996). *Psicologia da Saúde.* Lisboa, Climepsi.
- Ostergard, D. R. (1980). Cryosurgical Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Obstet Gynecol.* 56. 2. 231-3.
- Perosa, B. G. e Ranzani, M. P. (2008). Capacitação do Médico para Comunicar Más Notícias à Criança. *Revista Brasileira de Educação Médica.*32. 4. 468–473.
- Petoianu, A., Miranda, M. E. e Oliveira, R. G. (2008). *Blackbook Cirurgia*. 1ª ed. Blacbook Editora.

- Pisanip, P. D. M E Bray, F. (1999). Estimates of the Worldwide Mortality of 25 cancros in 1990.Vol. 83.
- Potenziani, B. J.C. (2012). *PSA (Antígeno Prostático Específico) Enfoque 2012.* Vitae. Academia Biomédica Digital.
- Queiroga, R. e Pernanbuco, A. (2006). Cancro de Esofago: Epidemiologia, Diagnostico e Tratamento. *Revista Brasileira de Cancroologia*.52. 2. 173-178.
- Ramos, J. L. e Rodrigo, S. P. (2013). *Protocolo de Avaliação Psicológica paraPacientes Oncológicos: Uma proposta.* Curitiba. VOL. 31.
- República de Cabo Verde, Ministério da Saúde (2015). *Evolução dos Óbitos por Tumores Ginecológicos em Cabo Verde, 2007 a 2014.* Praia, Cabo Verde.
- Reyna, V. F., Nelson L. W., Han, K. P. e Pignone, P. M. (2015). *Decision Making and Cancro.* American Psychologist. In the public domain. Vol. 70.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde.* Coimbra. Quarteto Editora.
- Rodrigues, J. J. G., Del, G. J. C. e Martinez, J. C. (2004). *Tratado de Clinica Cirurgica do Sistema Digestório.* Atheneu Editora.
- Rouquayrol, M. Z. et al. (1988). *Epidemiologia e Saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro. Brazil.
- Rouquayrol, M. Z. e Almeida, F. N. (2003). *Epidemiologia e Saúd*e. 6ª ed. Rio de Janeiro, Brazil.

- Schantz, A., Thormann, L. (1984). Cryosurgery for Dysplasia of the Uterine Ectocervix. A Randomized Study of the Efficacy of the Single- and Double-freeze Techniques. *Acta Obstetr Gynecol Scand.*63. 5. 417-20.
- Shmeler, K. M., Lyink, H. T., Chen, L.M. (2006). Prophilactic Surgery to Reduce de Risco of Gynaecology Cancros in the Lynk Síndrome.
- Smith, R. A., Cokkinides, V., Brooks, D., et al. (2011). Cancro Screening in the United Satates 2011: A Review of Current American Cancro Society Guidelines and Issues in Cancro Screening. *CA Cancro J Clin* 61. 1. 8-30.
- Sociedade Brasileira de Mastologia.(2008). *Recomendações da X Reunião Nacional de Consenso: Rastreamento do Cancro de Mama na Mulher Brasileira.* **São Paulo,** Brazil.
- Societ, A. C. (2013). *Breast Cancro Facts & Figures 2013-2014*. Atlanta: American Cancro
- Stanton, L., Annette, R. H. e Julia, G. A. P. (2015). *Life After Diagnosis and Treatment of Cancro in Adulthood: Contributions From Psychosocial Oncology Research.* Cancro and Psychology. American Psychologist.
- Stratton, M. R. e Rahman, N. (2008). The Emerging Landscape of Breast Cancro Susceptibility. *Nature genetics.* 40. 1. 17-22.
- Stringer, H. (2014). *Unlocking the Emotions of Cancro.* American Psychological Association.

- Tambellini, A. T. (1988). *Avanços na Formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: As Atividades Subordinadas à Área das Relações de Produção e Saúde.* Rio de Janeiro, Brazil.
- União Internacional contra o Cancer (2002). *Classificação TNM de tumores malignos.* 6ª ed. John Wiley & Sons: New York.
- Walsh, C. et al. (2008). *Urología. Editorial. Buenos Aires: Médica Panamericana*. 9ª. Ed.
- Winter, R.(1998). *Conservative Surgery for Microinvasive Carcinoma of the Cervix.* Journal of Obstetrics & Gynaecology Research.
- Zaitoun, A. M., McKee, G., Coppen, M. J., Thomas, S. M., e Wilson, P. O. (2000). Completeness of Excision and Follow up Cytology in Patients Treated With Loop Excision Biopsy. *Journal of Clinical Pathology*. 53. 3. 191-6.
- Zequi, S. C. (2007). *Tumor de Próstata in Jr. Netto, NS - Urologia Prática.* 5ª ed. São Paulo, Roca.

# ANEXOS

*Anexo 1 – Formulário dos Registo do cancro*

*Anexo 2 – Formulário de referência e contra-referência*

*Anexo 3 - Prevenção primária e secundária do cancro do colo do útero*

*Anexo 4 - Rastreio do CCR*

*Anexo 5 - Avaliação da dor*

*Anexo 6 - Classificação da EWGBP*

*Anexo 7 - Diagnóstico diferencial de linfoadenopatias de acordo com a localização*

*Anexo 8 - Locais anatómicos de localização dos gânglios linfáticos*

*Anexo 9 – Imuno-histoquímica no diagnóstico do cancro*

## ENTRADA PARA REGISTO

**Nota:** Certifique-se que a informação que vai registar é apenas a que o doente efectuou na sua Instituição. As datas devem ser introduzidas pela seguinte ordem: Dia – Mês –Ano

**IDENTIFICAÇÃO**

Instituição

Nº Processo

Nº RO

Nº de Identificação

Data de Nascimento

Idade

Nome

Sexo M ☐ F ☐

Morada

E-mail

Telefone

Profissão

Naturalidade

Residência

**DIAGNÓSTICO**

Data Início de Sintomas

Data 1ª Observação para este Cancro

Diagnóstico Anat.Pat.

Diagnóstico p/O. Exames

**Exames para diagnóstico**

- ☐ Clínico
- ☐ Mamografia
- ☐ Endoscopia
- ☐ Cintigrafia
- ☐ PSA
- ☐ TAC
- Outro

- ☐ Cirurgia Explor.
- ☐ T. Bioquim./T. Imunolog.
- ☐ Citologia/ Hematologia
- ☐ Hist. Metástases
- ☐ Hist. Primário
- ☐ Autópsia c/ Hist.
- ☐ Certificado de Óbito
- ☐ Rastreio Organizado
- ☐ Rastreio Não Organizado

Histologia Nº

Médico Assistente na Instituição

Serviço do Médico Assistente

Instituição de onde veio o doente, para Diagnóstico/Tratamento

Instituição para onde foi enviado o doente, para Diagnóstico/Tratamento

**TUMOR**

| | |
|---|---|
| Localização Primária | C ☐☐.☐ |
| Morfologia | M ☐☐☐☐/☐ |
| Lateralidade | ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Bilateral ☐ Não aplicável ☐ Desconhecido |
| Grau de Diferenciação | ☐ Bem ☐ Moderado ☐ Pouco ☐ Indiferenciado ☐ Não aplicável ☐ Desconhecido |
| Estadio na Apresentação | ☐ Doença Local/Locoregional ☐ Doença Metastática ☐ Não aplicável ☐ Desconhecido |
| Tipo de TNM | ☐ Clínico T☐☐ N☐☐ M☐☐ / ☐☐ Nº de gânglios ressecados<br>☐ Patológico PT☐☐ PN☐☐ / ☐☐ Nº de gânglios positivos<br>☐ Não aplicável<br>☐ Desconhecido |
| Outra classificação | Estadiamento |

## ENTRADA PARA REGISTO

**Nota:** Certifique-se que a informação que vai registar é apenas a que o doente efectuou na sua Instituição. As datas devem ser introduzidas pela seguinte ordem: Dia – Mês –Ano

| | |
|---|---|
| TRATAMENTO | ☐ Desconhecido ☐ Sem tratamento ☐ Tratamento Sintomático Sem Activ. Antitumoral ☐ Trat. Com Activ. Antitumoral |
| | Data de início ___ Data de fim ___<br>Instituição onde foi feita ___ |
| | ☐ Cirurgia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Hormonoterapia ☐ Imunoterapia ☐ Transplante<br>Outro ___ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FOLLOW-UP | Situação do Caso | ☐ Vivo | | |
| | | ☐ Falecido | Data da Morte ___ | |
| | | | Causa da Morte ☐ Tumor ☐ Outra causa ☐ Desconhecida | |
| | **Data de entrada para Registo** ___ | | (Campo obrigatório)<br>**Data da última observação** ___ | (Um ano após a data da última observação)<br>**Data da próxima Revisão** ___ |
| | Estado do Doente no último Contacto | ☐ Vivo<br>☐ Vivo sem outros elementos conhecidos<br>☐ Sem informação<br>☐ Falecido | | |

## Anexo 2 – Formulário de referência e contra-referência

Ministério da SAÚDE

### REFERÊNCIA

AVALIAÇÃO DE RISCO: | | VERMELHO/PA | | AMARELO | | VERDE | | AZUL

DE UNIDADE DE SAÚDE:

Nº CARTÃO SUS: | Nº DO PRONTUÁRIO DO SERVIÇO:

NOME DO PACIENTE: | DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE: | TELEFONES DE CONTATO:

PARA UNIDADE DE SAÚDE:

ESPECIALIDADE: | CONSULTA MARCADA PARA O DIA: | HORA:

ENDEREÇO:

QUADRO CLÍNICO:

RESULTADOS DE EXAMES (COM RESPECTIVAS DATAS) / TRATAMENTO REALIZADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

SE NECESSÁRIO, USAR O VERSO PARA COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES

Ministério da SAÚDE

### CONTRA - REFERÊNCIA

DE UNIDADE DE ESPECIALIDADE: | ESPECIALIDADE:

PARA UNIDADE SOLICITANTE:

NOME DO PACIENTE: | DATA DE NASCIMENTO:

Nº CARTÃO SUS: | Nº DO PRONTUÁRIO DA UNIDADE SOLICITANTE:

PARECER DA ESPECIALIDADE:

ORIENTAÇÃO À UNIDADE DE SAÚDE:

ORIENTAÇÃO AO PACIENTE:

DATA

MÉDICO - CRM

SE NECESSÁRIO, USAR O VERSO PARA COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES

FORMULÁRIO ELABORADO PELA SECRETARIA DE GESTÃO E CONTROLE - RAMAL: 0446

## Anexo 3 - Prevenção primária e secundária do cancro do colo do útero

A redução da incidência e da mortalidade por cancro do colo do útero é possível através de adoção de medidas de prevenção primária e secundária (rastreio).

São consideradas medidas de **Prevenção Primária**:

1. Informação e sensibilização das populações sobre os fatores de risco associados ao cancro do colo do útero;
2. Vacinação profilática contra o HPV, administrada universalmente e de forma gratuita no Plano nacional de Vacinação (PnV);
3. Recomendação da vacinação profilática contra o HPV fora do PnV.

A **Prevenção Secundária** é feita através do rastreio do cancro do colo do útero que pode ser feito utilizando duas formas de abordagem:

1. Base populacional – propõe-se atingir a totalidade da população conforme parâmetros definidos, de uma forma organizada e sistematizada;
2. Oportunista – as mulheres fazem o rastreio à demanda, aleatoriamente por iniciativa pessoa ou a indicação do médico assistente

Apesar de não existirem estudos randomizados que comprovem a eficácia do rastreio do cancro do colo do útero, os estudos epidemiológicos têm demonstrado que o rastreio citológico de base populacional, a intervalos de 3 a 5 anos, tem reduzido em 80% a mortalidade por cancro do colo do útero.

O rastreio de base populacional deve ser organizado e implementado em detrimento do rastreio oportunista por ser:

- Mais abrangente;
- Mais equitativo;
- Mais económico;
- Permitir controlo de qualidade padronizada.

O rastreio oportunista faz parte dos cuidados personalizados de saúde. Nesse contexto, a decisão de fazer o rastreio é uma decisão individualizada donde a disponibilização de meios de forma a não prejudicar quem procura os cuidados de saúde para esse efeito.

O cancro do colo do útero é raro antes dos 21 anos e nos 3 primeiros anos após o início do coito, pelo que o início do rastreio antes dos 21 anos e nos primeiros 3 anos de atividade sexual deve ser desencorajado.

Apesar de se pensar que o risco de aparecer cancro do colo do útero com mais de 65 anos que tenham tido 3 citologias negativas seja muito reduzido, o aumento da esperança de vida impede o estabelecimento de uma idade limite para o fim do rastreio oportunista.

Os métodos de rastreio do cancro do colo do útero podem ser:

- Citologia convencional – colheita de esfregaço cervico vaginal em lâminas de vidro, com fixação e posterior leitura microscópica

- Citologia em meio líquido – o esfregaço colhido é introduzido em líquido próprio para posterior leitura das células diluídas no líquido.
- VIA – técnica de visualização do colo com colposcópio, utilizando ácido acético e possibilidade de tratamento imediato de lesões suspeitas.
- Pesquisa de HPV – é feita pesquisa de DNA de HPV cancerinogénicos.

A periodicidade do rastreio depende da sensibilidade do método que for utilizado.

A associação da citologia em meio líquido com o teste de HPV, permite melhorar a sensibilidade do rastreio apesar do custo elevado do método. Ainda não está esclarecido o seu benefício na redução da mortalidade por cancro do colo do útero. O interesse maior deste método é conhecer os tipos de HPV que prevalecem na génese do cancro do colo do útero.

O rastreio organizado de base populacional deve ser considerado uma medida de Saúde Pública a ser implementada em todo o território nacional. Tem por finalidade uma redução significativa da morbi-mortalidade por cancro do colo do útero . O rastreio de base populacional é tanto mais eficaz quanto maior a percentagem de população abrangida. Esta deve ser sempre superior a 70%, segundo as guidelines europeias, deve ser iniciado entre os 25 e os 30 anos e terminar aos 65 e ter uma periodicidade de 3 a 5 anos.

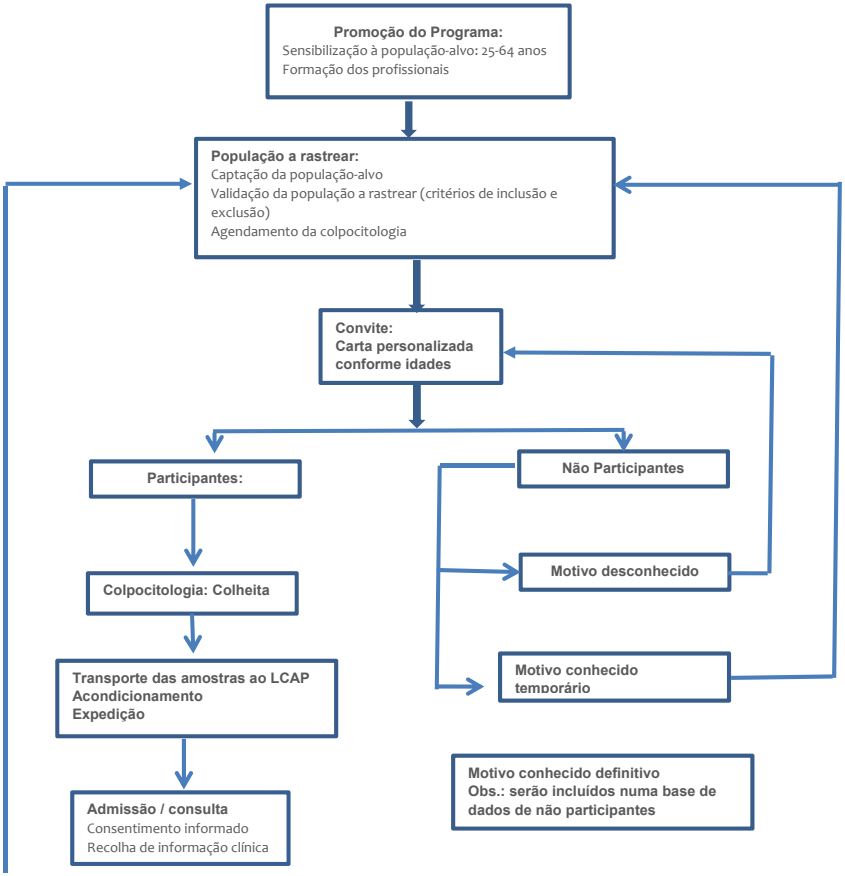
O teste de HPV de alto risco tem maior sensibilidade para detetar as lesões de NIC II e NIC III, mas é menor especificidade se usado isoladamente.

Segundo a orientações da União Europeia (Eu) em vigor, o rastreio organizado deve ter como método preferencial a citologia. A citologia em meio líquido vem sendo progressivamente indicado como de escolha pela sua maior sensibilidade em relação ao método convencional.

Rastreio do cancro do colo do útero  em situações especiais:

- Mulheres submetidas à vacinação profilática contra o HPV: não sofre alteração;
- Mulheres HIV positivas ou com imunodeficiência: citologia anual;
- Mulheres grávidas: citologia após o parto, se citologia normal nos últimos 5 anos.

# FLUXOGRAMA DE ORGANIZAÇÃO DO RASTREIO ORGANIZADO



## Anexo 4 - Rastreio do CCR

### Rastreio do cancro coloretal e acordo com as recomendações da OMS

**TSOF:** Teste de sangue oculto nas fezes; **RSC**: Retossigmoidoscopia

### Rastreio nos grupos de risco moderado

| Grupo de moderado risco (20 – 30%) | Início | Recomendação | Intervalo |
|---|---|---|---|
| AP de 1 ou 2 pólipos adenomatosos | Ressecção endoscópica completa | **Colonoscopia** | Aos 5 anos. (*) Se for normal aos 5 anos e incluir no Risco baixo. |
| AP de adenoma> 1 cm, componente viloso > de 25% ou displasia ou 3 a 4 adenomas de qualquer tamanho (descartar PAF) | Resseção endoscópica completa | **Colonoscopia** | Aos 3 anos. Se é normal repetir em 5 anos. Se é normal de novo, considerar baixo risco |
| Más de 5 adenomas ou 3> 1 cm. | Resseção completa | **Colonoscopia** | Ao ano e depois de acordo com resultado |
| AP de CCR operado y ressecado com intento curativo. (Vigilância) | Depois da Cirurgia (#) | **Colonoscopia** | Ao ano e aos 3anos. Se é normal cada 5 anos. |
| AP de CCR ou pólipos adenomatosos num familiar de ler. Grau, < 60 anos ou em 2 ou mais familiaridade. | A partir de 40 anos ou 10 anos antes do caso familiar mais jovem. | **Colonoscopia** | Cada 5 anos. |

TSOF: Teste de sangue oculto nas fezes; RSC: Retossigmoidoscopia; CCR: Cancro-coloretal; AP: Antecedente pessoal

## Rastreio CCR nos grupos de médio risco

| Grupo de risco médio (70 - 80%) | Recomendação | | |
|---|---|---|---|
| | Inicio | Opções (#) | Intervalo |
| A: Toda a população de ≥ 50 anos, assintomática e sem fatores de risco. | **50 anos** | **TSOF** | **Anual.** Se é +: Retossigmoidoscopia. |
| | | Exame proctológico (Toque retal + RSC) | **C/ 5 anos.** Se é + colonoscopia |
| B: CCR num familiar de $2^0$ ou $3^0$ Grau | **50 anos** | **TSOF + Ex Proctológico** (Toque retal + RSC) | **TSOF Anual + RSC c/ 5 anos.** Se é +: colonoscopia |
| C: CCR ou pólipos adenomatosos num familiar do 1er. Grau, > 60 anos ou em dois do $2^0$ grado | **50 anos** | **Colonoscopia + toque retal** | **a) Cada 5 anos** |

**Rastreio CCR nos grupos de alto risco**

| Grupo risco alto (5 a 10% do total) | Recomendação | Início | Intervalo |
|---|---|---|---|
| A: Antecedente de Poliposes Adenomatosa Familiar (PAF) | **RSC** | **12 anos** | Cada 1 – 2 anos |
| B: Antecedente de CCR Hereditário não associado a poliposes (Critérios Amsterdam / Betheseda) | **Colonoscopia** | A partir de **20 –25 anos** | Cada 1 – 2 anos |

## Anexo 5 - Avaliação da dor

### Avaliação da Dor

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. É considerada pela OMS o 5º sinal vital e um dos sintomas mais comuns em cuidados paliativos. A dor deve ser sempre avaliada de forma objetiva, permitindo uma terapêutica adequada (de acordo com escala analgésica de OMS) e ajustes conforme evolução. Ao tratamento farmacológico deve-se considerar sempre tratamento não farmacológico. Os profissionais que observam estes doentes devem saber fazer uma avaliação correta da dor e para tal devem seguir algumas orientações, nomeadamente:

- A avaliação da intensidade da dor deve ser feita com recurso a uma das escalas propostas;

- A intensidade da dor é sempre aquela que o doente refere. Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessário usar uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente e que é transformada em padronização de escalas a serem utilizadas, após ensino e treino para o seu uso.

- No caso de crianças devemos sempre acreditar na dor que ela refere, dando-lhe tempo para a expressar. Deve-se fazer sempre uma comparação entre o comportamento habitual de criança da mesma idade com dor com a que não tem dor. Ter um diálogo com a criança (a partir dos 3 anos), com os pais e com cuidador principal e observar a criança utilizando instrumentos de avaliação da dor.

- Fazer a história pregressa de dor à admissão do doente no hospital e na primeira consulta.
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações do mesmo doente, exceto se a situação clínica justificar a mudança;
- O registo deve ser feito com números que traduzem a intensidade dor;
- Devem ser utilizadas, de forma rigorosa, as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- Em situação de dor intensa, deve ser dada prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

**Ferramentas validadas para avaliação da dor**

Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar:

- FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

Entre 4 e 6 anos:

- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos;
- Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos.

A partir de 6 anos

- EVA (Escala Visual Analógica);
- EN (Escala Numérica);
- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
- Escala de faces de Wong-Baker.

Criança com multideficiência:

- FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised)

Adulto:

- Escala visual analógica
- Eescala numérica
- Escala de faces
- Escala numérica.

| |
|---|
| **Face**<br>0 ▪ Nenhuma expressão em especial ou sorriso<br>1 ▪ Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada<br>2 ▪ Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico<br>Comportamento individualizado: |
| **Pernas**<br>0 ▪ Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores<br>1 ▪ Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais<br>2 ▪ Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos<br>Comportamento individualizado: |
| **Actividade**<br>0 ▪ Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica<br>1 ▪ Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.<br>2 ▪ Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); suster a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contracção muscular<br>Comportamento individualizado: |
| **Choro**<br>0 ▪ Sem choro/ verbalização<br>1 ▪ Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais<br>2 ▪ Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes<br>Comportamento individualizado: |
| **Consolabilidade**<br>0 ▪ Satisfeita e relaxada<br>1 ▪ Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.<br>2 ▪ Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto<br>Comportamento individualizado: |

**Escala Visual Analógica**

| Sem Dor _____ Dor Máxima |
|---|

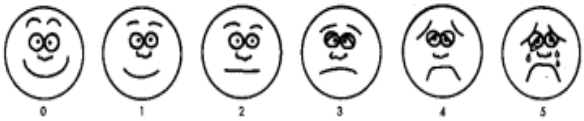
**Escala numérica**

| Sem Dor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Dor Máxima |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Escala qualitativa**

| Sem Dor | Dor Ligeira | Dor Moderada | Dor Intensa | Dor Máxima |
|---|---|---|---|---|

**Escala de faces**




Tendo em conta as questões éticas envolvidas na prática de sedação paliativa, esta deve ser feita, apenas, com a indicação de aliviar sintoma que não responde a outra terapêutica e que provoca grande sofrimento ao doente. Deve ser feita após esclarecimento do doente e dos familiares e com o consentimento informado do doente ou do seu responsável, caso o doente não esteja em condições de o fazer.

## Anexo 6 - **Classificação da** EWGBP

### CLASSIFICAÇÃO DA EWGBP (citologia mamária)

As Categorias propostas pelo Grupo de Trabalho Europeu de Patologia Mamária (EWGBP) para classificarem as punções aspirativas por agulha fina são:

**CITOLOGIA** (BAAF)

- C1 - insatisfatório;
- C2 - benigno (ex: fibroadenoma, esteatonecrose, mastite granulomatosa, abcesso);
- C3 - provavelmente benigno (ex: atipia citológica);
- C4 - suspeito de doenças malignas (ex: com acentuada atipia citológica mas sem todos os critérios citológicos para doenças malignas);
- C5 - maligno (ex: carcinoma ou outro processo neoplásico maligno).

### CLASSIFICAÇÃO DA EWGBP (Biópsia mamária)

Categorias propostas pelo Grupo de Trabalho Europeu de Patologia Mamária (EWGBP) para classificarem as microbiópsias e biópsias por vacum.

**HISTOLOGIA (MICROBIÓPSIAS E BIÓPSIAS POR VACUM)**

- B1 - normal ou insatisfatório;
- B2 - benigno (fibroadenoma, alterações fibroquísticas, adenoseesclerosante, ectasia ductal, esteatonecrose e abcesso);

- B3 - provavelmente benigno (lesões papilares, cicatriz radiária/ lesão esclerosante complexa, neoplasia lobular intraepitelial, hiperplasia ductal com atipia citológica e tumor filóide);
- B4 - provavelmente maligno (casos em que não estão presentes, no material biopsado, todos os critérios citológicos e arquiteturais para lesão neoplásica maligna);
- B5 - maligno (casos inequívocos para doença malígna (neoplasia lobular intraepitelial variante pleomórfica, carcinoma ductal in situ, doença de Paget e carcinoma mamário invasivo).

## Anexo 7 - Diagnóstico diferencial de linfoadenopatias de acordo com a localização

### *Linfoadenopatia Generalizada*

Infeções:

- Viral - infeções do trato respiratório superior comum, infeções causadas por vírus de Epstein-Barr, citomegalovírus, vírus da imunodeficiência humana, vírus da varicela zoster, vírus linfotrópicos das células T humanas, adenovírus, sarampo, rubéola
- Bacteriano - uma ampla variedade de bactérias infecciosas, incluindo aquelas causadas por Bartonella, tuberculose, infeção bacteriana não tuberculosa, sífilis.
- Protozoários - toxoplasmose
- Fúngica - coccidioidomicose

Doenças malignas:

- Linfoma não Hodgkin, Hodgkin linfoma, leucemia linfócitica crónica, leucemia linfoblástica aguda;

Doenças auto-imunes - artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico;
Doença granulomatosa não infecciosa: sarcoidose
Doenças linfoproliferativas atípicas
Linfodenopatia angioimunoblástico

## *Linfoadenopatia Localizada*
## *Linfoadenopatia Cervical*

Infeções - abcesso dental, otite média e externa, faringite, toxoplasmose, infeções causadas por vírus do Epstein-Barr, citomegalovírus, adenovírus, hepatite, rubéola

Doenças malignas - linfoma Não Hodgkin, doença de Hodgkin, cancro de cabeça e pescoço

Doença de Kikuchi

## *linfoadenopatia Supraclavicular*

Doenças malignas - torácica e abdominal

Doenças da tiróide e laringe

## *Linfoadenopatia Axilar*

Infeções - infeções causadas por estafilococos e estreptococos, esporotricoses, doença de arranhadura de gato, tularemia

Doenças malignas: cancro de mama, linfoma não Hodgkin

## *Linfoadenopatia Hilar e Mediastinica*

*Hilar Unilateral*

- Infeção - bacteriana, micobacteriana, infeção fúngica, pertussis, tularemia, psittacose
- Doenças malignas - cancro de pulmão, de mama ou cancro gastrointestinal, doença de Hodgkin, linfoma não Hodgkin
- Doença granulomatosa

*Hilar Bilateral e Mediastínica*

- Infeção
- Doenças malignas: cancro metastático, doença de Hodgkin, linfoma não Hodgkin
- Doença granulomatosa

## *Linfoadenopatia Abdominal:*

- Doenças malignas - cancro gastrointestinal metastático, linfoma não Hodgkin, linfoma de Hodgkin;
- Leucemia linfocítica crónica, carcinoma renal;
- Infeção - tuberculose

## *Linfoadenopatia Epitroclear*

- Distúrbios de tecidos conectivos
- Doença granulomatosa - sarcoidose
- Doenças dermatológicas
- Sífilis, leishmaniose, lepra, rubéola

## *Linfoadenopatia Inguinal*

- Reativo
- Doenças malignas - linfoma não Hodgkin, linfoma de Hodgkin, melanoma, cancro das células escamosas da vulva, cancro de pénis, cancro anal;
- Infeção - celulite, doenças sexualmente transmissíveis.

## Anexo 8 - Locais anatómicos de localização dos gânglios linfáticos

| Gânglios periféricos e locais anatómicos associados | |
|---|---|
| Grupos ganglionares | **Locais** |
| Pré-auricular | Conjuntiva, couro cabeludo (anterior e temporal) canal auditivo anterior |
| Auricular Posterior | Couro cabeludo (parietal e temporal) |
| Parótida | Face, couro cabeludo temporal, canal auditivo externo, ouvido médio, glândulas parótidas, gengivas. |
| Cervical – Superficial | Glândula parótida, laringe inferior, canal auditivo inferior |
| Cervical | Laringe, tiróide, palato, esófago, seios paranasais, amígdalas, adenóides, couro cabeludo posterior, pescoço, nariz |
| Occipital | Couro cabeludo posterior |
| Submandibular | Nariz, lábios, língua, bochecha, glândula submandibular, mucosa bucal |
| Submentoneana | Assoalho da boca, lábio inferior |
| Supraclavicular | Tórax e abdómen (supraclavicular direito), mediastino, pulmão e esófago (supraclavicular esquerdo) |
| Axilar | Parte inferior do pescoço, extremidade superior, mama, parede torácica |
| Deltopeitoral | Extremidade superior |
| Epitroclear | Mão e antebraço |
| Inguinal | Extremidade inferior, região genital, nádega, parede abdominal inferior |
| Poplíteo | Perna e pé |

## Anexo 9 – Imuno-histoquímica no diagnóstico do cancro

### Importância da imuno-histoquimica (IHQ) nos diagnósticos

A maioria dos espécimes recebidos num laboratório de Anatomia patológica pode ser avaliada através de cortes com a coloração de Hematoxilina e Eosina (H.E.) e suplementados com colorações especiais. Entretanto, há um número significativo de casos em que o diagnóstico final não pode ser baseado apenas nas características morfológicas.

A resolução deste problema veio, com a utilização na rotina laboratorial de técnicas de imuno-histoquímica, oferecendo informações de grande valia para as decisões terapêuticas.

**Imuno-histoquímica (IHQ)** é o método de identificação de antígenos nos tecidos, utilizando o princípio da ligação específica de anticorpos e antígenos. Tem diversas aplicações, no diagnóstico de doenças inflamatórias, infecciosas e neoplásicas. Também é muito importante para determinação de fatores preditivos e prognósticos no cancro.

### Indicações de imuno-histoquímica

- Diferenciação entre proliferação celular benigna e maligna;
- Lesão in situ versus invasivo
- Caracterização de linhagens de diferenciação de células tumorais
- Identificação do tecido de origem de uma neoplasia morfologicamente indiferenciada;
- Apontar o órgão de origem de uma neoplasia diferenciada;

- Subtipagens de neoplasias (como no caso de linfoma);
- Pesquisa de fatores de prognóstico, terapêutico e índices proliferativos de determinada neoplasia;
- Elucidação de estruturas, organismos e materiais secretados pelas células;
- Detecção de células neoplásicas metastáticas.

**Imuno mama**

A identificação de marcadores que possam predizer o comportamento dos tumores é especialmente importante no cancro da mama devido, sobretudo, à variabilidade na progressão clínica da doença.

De acordo com as normas internacionais o relatório anatomopatológico de carcinomas invasivos da mama deve incluir o perfil imuno-histoquímico que engloba: **Receptores de estrogénio (RE), receptores de progesterona (RP), C-erb-2, Ki67, p53, bcl2, Ck5/6, EGFR, Ck7,8,18.**

Estes marcadores permitiram agrupar os carcinomas da mama em **Luminal A** (RE e/ou RP positivos e HERb-2 negativos e Ki67 baixo), **Luminal B** (RE e ou RP positivos, Herb-2 positivo ou Ki67 alto), **Herb-2** (positivo) e **triplos negativos** (receptores hormonais e Herb-2 negativos, esses ainda poderão ser do tipo basal ou não) de forma a estratificar o tratamento.

O carcinoma da mama é uma doença complexa e cada doente necessita de um tratamento direcionado que tem também em conta o perfil de marcação imuno-histoquímica.

Para além das aplicações já mencionadas no carcinoma invasivo da mama o estudo imuno-histoquímico veio ajudar a resolver problemas levantados em biópsias sobre a natureza da lesão benigna ou atípica versus neoplásico ou ainda se invasivo.

## Imuno gânglio

As neoplasias malignas hematopoiéticas apresentam um espectro muito variado, tanto de ponto de vista clínico como morfológico.

A expressão de antígenos (Ag) relacionada com a linhagem é o princípio fundamental da imunofenotipagem de neoplasias hematopoiéticas. A histodiferenciação destas neoplasias é paralela à diferenciação normal, o que implica que se espera que, neoplasias de células B expressem antígeno B, como CD20 e CD79a e que as de células T marquem CD3.

Para determinar o imunofenótipo conta-se com três tipos de métodos distintos:

- Citometria de fluxo em suspensões celulares;
- Imuno-histoquímica em material a fresco em cortes de congelação;
- Imuno-histoquímica em biópsia histológica fixada e biópsia citológica incluída em parafina (cellblock).

## Imuno próstata

Estudos imuno-histoquímicos demonstraram que o PSA é encontrado no tecido prostático normal, na hiperplasia prostática benigna (HPB) e no carcinoma de próstata tanto primário como metastásico.

Os esforços de detecção precoce do cancro de próstata, identificados em fases clínicas e patológicas iniciais, levam ao aumento no número de biópsias e, por vezes, indefinição do diagnóstico histológico de adenocarcinoma devido à presença de carcinomas mínimos ou alterações pseudoneoplásicas, como proliferação atípica de pequenos ácinos (ASAP). Nesses casos, o uso da imuno-histoquímica (IMH) para evidenciar a presença de células basais **(34 BE12 e p63)** tornou-se uma prática comum.