

JORNAL
do

DIA MUNDIAL DA LUTA CONTRA O **CANCRO**

4 DE FEVEREIRO



CASOS
DEVEM AUMENTAR
20%
ATÉ 2030

Prevenir

é a melhor forma de combater o cancro

SINAIS DE ALERTA

Segundo Isabel Augusto, assistente hospitalar de Oncologia Médica do Centro Hospitalar de São João, no Porto, há alguns sinais e sintomas que podem traduzir a existência de uma doença maligna e para os quais devemos estar alerta:

1. Perda de peso sem razão aparente.
2. Falta de apetite.
3. Fadiga/ /cansaço sem motivo.
4. Febre sustentada, sobretudo ao final do dia/ /noite.
5. Dor persistente e localizada, sem causa aparente.

Casos de cancro devem aumentar

À semelhança do que acontece na Europa, no nosso país, tem-se registado um aumento significativo no número de novas situações de cancro a cada ano. Em 2008, foram diagnosticados 43.300 casos e estima-se que até 2030 se registre um aumento de 20%. Em Portugal, apresenta-se como a segunda causa de morte, logo a seguir às doenças cardiovasculares. Sabe-se, no entanto, que cerca de 25% dos câncros são evitáveis. É, por isso, fundamental apostar na prevenção dos fatores de risco associados a esta patologia, como o tabaco, o álcool e a obesidade.

De acordo com a presidente da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), Gabriela Sousa, o aumento dos casos de cancro é explicado, em parte, pelo envelhecimento da população, mas sobretudo por fatores civilizacionais: tabaco, álcool, obesidade e sedentarismo.



Gabriela Sousa

Segundo a oncologista do IPO de Coimbra, no homem, o cancro da próstata é o tumor maligno mais frequente, contudo, "a sua evolução ocorre, geralmente, ao longo de anos, pelo que não é o que mais mortes provoca".

Na mulher, apesar de o cancro da mama ser o tumor maligno mais frequente, "o diagnóstico precoce e os avanços no

tratamento têm permitido, ao longo dos anos, aumentar a sobrevivência das mulheres com este cancro".

Gabriela Sousa indica que, em Portugal, o cancro é responsável por cerca de 1/4 das mortes por doença natural: 24,3% dos óbitos em 2013. Além disso, é a principal causa de morte prematura abaixo dos 65 anos (31,7%), com muitos anos de vida perdidos.

Só em 2012, o cancro provocou 25.758 mortes, das quais 3813 foram por cancro do cólon e reto, o tumor que ocupa a principal causa de morte oncológica, seguido pelo cancro do pulmão, com 3675 mortes. "Cerca de 70% destes óbitos ocorreram em homens e em idade mais jovem que no geral, o que significa que o cancro tem um impacto social muito importante, porque é responsável por muitos anos de vida perdidos", frisa a oncologista.

"O tabaco é o fator de risco mais importante, sendo responsável por cerca de 20% das mortes por cancro e cerca de 70% das mortes por cancro do pulmão. Nos países desenvolvidos, o cancro associado às infeções víricas, tais como o papiloma-vírus (HPV), um dos agentes responsáveis pelo cancro do colo do útero, e a ganhar cada vez mais importância no cancro da orofaringe e da cavidade oral, é responsável por 20% das mortes. Ao álcool e à obesidade também é atribuída a respon-



sabilidade por uma elevada proporção de câncros a nível mundial", adianta a presidente da SPO.

Gabriela Sousa conclui alertando que é importante chamar a atenção para o facto de que todos têm um papel a desem-

penhar na prevenção e no controlo dos fatores de risco associados ao cancro, o que pode promover melhores resultados individuais e coletivos em Saúde. "A prevenção começa em cada um de nós!", sublinha.

Fatores de risco e protetores

De acordo com Ana Joaquim, assistente hospitalar de Oncologia Médica do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, os **fatores de risco** para o desenvolvimento de cancro incluem alguns comportamentos e exposição a algumas substâncias. Existem também fatores não controláveis, como a idade e a história familiar.

Alguns dos fatores de risco comprovados:

- Envelhecimento
- Tabaco (por exemplo, para o cancro do pulmão)
- Álcool (por exemplo, para o cancro de cabeça e pescoço)
- Exposição a alguns produtos químicos (por exemplo, cancro da bexiga)
- Agentes infecciosos (vírus do papiloma humano (HPV) e cancro do colo do útero, vírus da imunodeficiência humana (VIH), hepatites B e C)
- Exposição à luz solar (cancro da pele)
- Obesidade

"Com a educação da população acerca dos **fatores protetores** do cancro pretende-se reduzir a sua incidência e prevalência", indica Ana Joaquim. Segundo a médica, são medidas importantes a **evicção de fatores de risco** (como o tabaco, o álcool, a atividade sexual promíscua sem proteção de barreira e exposição solar prolongada e desprotegida); uma **dieta equilibrada e adoção de estilos de vida saudáveis**, que promovam o bem-estar físico e psíquico; e, por fim, o **cumprimento dos programas de rastreio** (para o diagnóstico precoce) e do Plano Nacional de Vacinação.



Ana Joaquim

Cancro do colo do útero: vacinação e rastreio

Segundo Daniel Pereira da Silva, presidente da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia (FSPOG), em Portugal, há duas vacinas disponíveis contra o HPV desde 2006, uma protege contra os HPV 16 e 18 (vacina bivalente), responsáveis por 70 a 75% dos casos de cancro do colo, e a outra, além de proteger contra esses dois genótipos, também protege contra os HPV 6 e 11 (vacina quadrivalente), que não se relacionam com o cancro, mas são responsáveis pelos condilomas genitais.

"No âmbito do Plano Nacional de Vacinação, esta mantém-se para as jovens que a cada ano têm entre 10 e 13 anos de idade. As mulheres nascidas antes de 1992 não foram vacinadas gratuitamente", adianta.

O especialista em Ginecologia, Ginecologia Oncológica e Obstetrícia sublinha que "todas as mulheres deviam fazer a vacina, sobretudo as mais jovens, e quanto mais cedo

melhor". Outra recomendação também consolidada é a vacinação das mulheres tratadas por lesões do colo do útero. Nesses casos, indica, "a vacina não altera o curso dessas lesões, mas diminui significativamente a probabilidade da mulher voltar a ter lesão".



Daniel Pereira da Silva

No que toca à prevenção secundária do cancro do colo do útero, o rastreio tem sido "fundamental", quer seja *oportunistico* (é aproveitada a oportunidade da vinda da mulher a uma consulta para fazer o teste de rastreio) ou *organizado* (seleciona-se uma determinada população e convocam-se as mulheres regularmente para fazer o teste de rastreio, aplicando-se critérios para controlo de qualidade).

"O teste de rastreio de referência continua a ser a citologia, seja a convencional em esfregado ou em meio líquido", indica, acrescentando que, no entanto, "têm sido publicados muitos estudos que projetam mais dificuldades para a citologia como exame de rastreio nas mulheres vacinadas e o teste ao HPV assume-se como teste preferencial nessas mulheres, com a vantagem de ser aplicado a partir dos 30 anos de idade e a intervalos mais longos que a citologia".

CITOLOGIA

A partir de quando se deve fazer a citologia?

A partir dos 25 anos de idade.

Qual deve ser a periodicidade?

De 3 em 3 anos.

Até quando deve ser feita?

Até aos 65 anos (caso a mulher nunca tenha tido um teste positivo).

TESTE AO HPV

A partir de que idade se deve iniciar o teste ao HPV?

O teste ao HPV só deve ser feito a partir dos 30 anos.

Qual deve ser a periodicidade?

De 5 em 5 anos.

Até quando se deve manter o teste?

Até aos 65 (caso a mulher nunca tenha tido um teste positivo).

6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18.

Feridas (pele ou mucosas) que não cicatrizam.

Alterações do trânsito intestinal (obstipação/diarreia).

Sangue nas fezes ou alteração da coloração das fezes (tipo borra de café ou esbranquiçadas.)

Dificuldade/desconforto/dor/ardor com a ingestão de alimentos.

Rouquidão sem causa aparente.

Tosse persistente.

"Falta de ar" sem causa aparente.

Expetoração com sangue.

Nódulo mamário, testicular, axilar, inguinal, cervical.

Alterações da pele da mama (tipo "casca de laranja").

Alterações mamilares (inversão mamilar, escorrências).

Dor persistente a urinar.

Urina com sangue ou de cor escura.

CÂNCRO DO CÓLON E RETO: 90% dos doentes diagnosticados precocemente sobrevivem

O diagnóstico precoce do cancro do cólon e no reto (principal causa de morte por cancro) é fundamental, uma vez que, conforme alerta Helder Mansinho, presidente do Grupo de Investigação Cancro Digestivo (GICD), “os casos diagnosticados precocemente têm uma possibilidade de sobrevivência em 90% dos casos, enquanto nos casos detetados mais tardiamente só 50% dos doentes sobrevivem a esta doença”.

De acordo com o especialista, em Portugal, não existem rastreios de base populacional, mas estão preconizados rastreios oportunistas, isto é, com base individual e sempre que o doente recorra ao seu médico.

“Devem fazer rastreio todos aqueles doentes que, apesar de assintomáticos, tenham idade



Helder Mansinho

entre 50 e 74 anos”, adverte Helder Mansinho, desenvolvendo que neste grupo de indivíduos deve ser pedido pelo seu médico a pesquisa de sangue oculto nas fezes que, se for positiva, obriga ao pedido de um exame ao intestino chamado colonoscopia. Se a primeira for negativa,

deve ser repetida após um ano, assim como se a colonoscopia for negativa deve ser repetida dez anos depois.

Adicionalmente, indica, “devem fazer obrigatoriamente colonoscopia todos os doentes com sintomas de **ALERTA (sangue nas fezes, alterações dos hábitos intestinais, dores abdominais de novo)** que tenham antecedentes de pólipos intestinais, doenças inflamatórias do intestino, ou que tenham familiares do 1.º grau com história de cancro do cólon).

Tratamento cada vez mais personalizado



Paulo Cortes
Vice-presidente
da Sociedade
Portuguesa
de Oncologia.
Coordenador da Unidade
de Oncologia do Hospital
dos Lusíadas, Lisboa

O tratamento futuro do cancro será cada vez mais personalizado, pois, esta é uma doença multifacetada e heterogénea. Por exemplo, sabemos hoje que existem vários subtipos diferentes de cancro da mama, com prognósticos e tratamentos distintos.

Os avanços recentes da Genética e da Biologia permitem um conhecimento cada vez mais aprofundado sobre a forma como as células tumorais funcionam, como interagem entre si e com o meio ambiente onde estão inseridas. Este conhecimento, nomeadamente do que designamos por vias de sinalização, que vão estimular o crescimento, a multiplicação e a proliferação dos tumores, levou à identificação de alvos específicos, no interior das células tumorais, que podem ser bloqueados com tratamentos dirigidos.

Estes novos fármacos biológicos “inteligentes” representam o futuro da Oncologia. A quimioterapia ainda desempenha um papel importante no tratamento dos tumores, mas será cada vez mais complementada e substituída por estas novas abordagens de tratamento.

Por outro lado, sabemos que as células tumorais podem transformar-se, de uma forma dinâmica, ao longo da evolução de uma doença oncológica. Estamos a desenvolver novas formas de deteção das células tumorais, nomeadamente com as chamadas “biópsias líquidas”, que permitem, através de uma análise de sangue, identificar precocemente as recidivas tumorais, ou seja, detetar o reaparecimento dos tumores, e analisar as características genéticas destas células, abrindo caminho a tratamentos personalizados e que se podem adaptar à evolução da doença.

Outra área muito promissora e com um enorme desenvolvimento atual é a imuno-oncologia, ou seja, a estimulação e modulação das defesas imunitárias do próprio organismo para lutar contra o cancro.

Estamos claramente num processo de viragem e com enormes expectativas para o futuro da luta contra o cancro que, cada vez mais, é um processo complexo e multifacetado, envolvendo equipas multidisciplinares, que agregam diferentes saberes numa causa comum: Vencer o cancro!

Radioterapia tem cada vez menos efeitos secundários

A radioterapia é uma forma de tratamento local para o cancro. É feita com radiações e, segundo Margarida Borrego, diretora do Serviço de Radioterapia do CHUC, é administrada geralmente em várias sessões, ao longo de algumas semanas.

Cerca de metade dos doentes com cancro, em alguma fase da sua doença, tem indicação para radioterapia, seja radioterapia externa ou braquiterapia (em que a fonte de radiação é colocada dentro ou muito próximo do tumor). “É recomendada em tratamentos curativos ou paliativos, melhorando a qualidade de vida e os sintomas”, adianta.

Margarida Borrego explica que esta terapêutica pode ser utilizada de forma isolada ou em combinação com outros tratamentos, como a quimioterapia. “É frequentemente usada com a cirurgia, antes ou depois desta, ou mesmo na própria intervenção cirúrgica. Em muitos casos é, no entanto, utilizada isoladamente, como no tratamento dos tumores pequenos das cordas vocais, ou a braquiterapia nos melanomas do olho”, relata.



Margarida Borrego

“Na última década, os equipamentos evoluíram muito, a radioterapia tornou-se cada vez mais dirigida, com menos efeitos secundários, guiando a radiação para o tumor e poupando os órgãos sãos. Assim, podem dar-se, de forma segura, doses mais altas em uma ou poucas sessões, tendência de que muito se fala ultimamente, mas que só pode ser usada em situações específicas, como em algumas lesões do cérebro ou do pulmão. Esta é, aliás, uma técnica já disponível em muitos centros públicos de radioterapia, de norte a sul do país”, menciona.

19. 20. 21. 22.

Urinar com muita frequência e sensação de não esvaziamento da bexiga.

Incontinência urinária, sem causa aparente.

Perdas de sangue vaginais (entre períodos menstruais ou após a menopausa).

Lesões na pele que alteram as características (coloração, prurido, tamanho).

“Se notar qualquer um destes sintomas/sinais, deve procurar o seu médico assistente para orientação”, adverte Isabel Augusto.



Isabel Augusto