

O que é o **Cancro
do Pulmão de Não
Pequenas Células?**

Vamos esclarecer
as suas dúvidas.

Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células (CPNPC)

Um guia da ESMO para os doentes

Informação para doentes baseada nos Guias de Prática Clínica da ESMO

Este guia foi criado para ajudá-lo a si, bem como aos seus amigos, familiares e cuidadores, a compreender melhor o cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC) e o seu tratamento. Contém informação sobre os diferentes subtipos de CPNPC, as causas da doença e como é efetuado o seu diagnóstico, aconselhamento atualizado sobre os tipos de tratamentos que podem estar disponíveis e possíveis efeitos secundários da terapêutica.

A informação médica descrita neste documento é baseada no Guia de Prática Clínica da ESMO sobre o CPNPC, desenhadas para ajudar os médicos com o diagnóstico e o tratamento do CPNPC em estágio inicial, localmente avançado e metastático. Todos os Guias de Prática Clínica da ESMO são elaboradas e revistas por especialistas, que se baseiam na informação obtida dos ensaios clínicos mais recentes, na investigação e nas opiniões de especialistas na matéria.

A informação deste guia não pretende substituir as recomendações do seu médico. O seu médico assistente conhece o seu historial clínico completo e ajudará a orientar o tratamento mais adequado para si.

Palavras realçadas com **cor** estão definidas no glossário presente no final do documento.

Este guia foi elaborado e revisto por:

Representantes da European Society for Medical Oncology (ESMO):

David Planchard; Silvia Novello; Solange Peters; Raffaele Califano; Jean-Yves Douillard; Francesca Longo; Claire Bramley; and Svetlana Jezdic

Representantes da European Oncology Nursing Society (EONS):

Anita Margulies; Roisin Lawless

Defensora dos doentes do Lung Cancer Europe (LuCE) e Women Against Lung Cancer in Europe (WALCE): Stefania Vallone

Tradução:

Marcos Pantarotto MD, Claudia Matos MD, Patricia Garrido MD, Ricardo Coelho MD, Sofia Granadeiro MD, Nuno Gil MD, Unidade de Pulmão da Fundação Champalimaud - Portugal.

- 2** Um Guia da ESMO para pacientes
- 4** Cancro do pulmão: Sumário da informação-chave
- 7** Anatomia dos pulmões
- 8** O que é o cancro do pulmão?
- 9** Quais são os sintomas do cancro do pulmão?
- 10** É frequente o CPNPC?
- 12** Quais são as causas do CPNPC?
- 14** Como se diagnostica o CPNPC?
- 18** Como será determinado o meu tratamento?
- 22** Quais são as opções terapêuticas no CPNPC?
- 24** Opções de tratamento para o CPNPC em estágio inicial (I-II)
- 26** Opções de tratamento para o CPNPC localmente avançado (III)
- 29** Opções de tratamento para o CPNPC metastático (IV)
- 34** Ensaio clínico
- 35** Intervenções complementares
- 37** Quais são os possíveis efeitos secundários do tratamento?
- 51** O que acontece depois do meu tratamento terminar?
- 54** Grupos de apoio
- 55** Referências
- 57** Glossário

Cancro do pulmão: Sumário da informação-chave

Este resumo oferece uma perspetiva geral da informação-chave proporcionada no guia de CPNPC. A informação seguinte será tratada em detalhe nas páginas principais deste guia.

Introdução ao cancro do pulmão

- O cancro do pulmão forma-se a partir de células pulmonares que cresceram de forma anormal e se multiplicaram para formar um **tumor**.
- O cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC) é um tipo de cancro do pulmão que se diferencia do cancro do pulmão de pequenas células (CPPC) pelo aspeto que as células **tumorais** apresentam ao serem observadas por um microscópio. Os três principais tipos de CPNPC são o **adenocarcinoma**, o **carcinoma de células escamosas** e o **carcinoma (indiferenciado) de grandes células do pulmão**. Estes três tipos são diagnosticados da mesma forma, no entanto podem ser tratados de formas diferentes.
- O cancro do pulmão é o terceiro tipo de cancro mais comum na Europa; o CPNPC representa 85–90% de todos os cancros do pulmão. Fumar é o maior **fator de risco** para o desenvolvimento de cancro do pulmão.
- Na Europa verificou-se uma diminuição da mortalidade por cancro de pulmão nos homens e um aumento nas mulheres, refletindo uma diferença nas tendências de tabagismo entre os sexos.

Diagnóstico do CPNPC

- Pode-se suspeitar da presença de cancro de pulmão se uma pessoa tiver sintomas como tosse persistente, falta de ar, rouquidão, dor no peito ou expectoração com sangue. Outros sintomas podem ser febre, perda de apetite, perda de peso inexplicável e **fadiga**.
- Após um exame clínico o seu médico irá pedir uma **radiografia** e/ou **tomografia computadorizada (TC)**, e poderá requisitar outras tecnologias, como **tomografia por emissão de positrões (PET)** ou **ressonância magnética (RM)** para avaliar a localização e extensão do cancro. A análise de uma **biópsia** (células ou tecido retirados do **tumor**) irá confirmar o diagnóstico de CPNPC.

Opções terapêuticas no CPNPC

- Os tipos de tratamento incluem:
 - Cirurgia
 - **Quimioterapia** – uso de medicamentos antitumorais para destruir as células cancerígenas. A **quimioterapia** pode ser administrada sozinha ou em combinação com outros tratamentos.
 - **Terapêutica-alvo** – fármacos mais recentes que atuam bloqueando os sinais que dizem às células tumorais para crescer.
 - **Imunoterapia** – um tipo de tratamento desenhado para potenciar as defesas naturais do corpo a combater o cancro.
 - **Radioterapia** – o uso de doses medidas de radiação para danificar as células cancerígenas e impedir o seu crescimento.

- Podem ser oferecidas combinações dos diferentes tipos de tratamento com base no estágio, tipo de CPNPC, condição do doente e presença de **comorbilidades** (doenças ou distúrbios adicionais simultâneos).
- O cancro é estadiado de acordo com o tamanho do **tumor**, compromisso dos **gânglios linfáticos regionais** e se há disseminação fora do pulmão para outras partes do corpo. Esta informação é utilizada para ajudar a decidir o melhor tratamento.
- **CPNPC em estágio inicial (I-II):**
 - A cirurgia é o tratamento principal do CPNPC em **estádio inicial**.
 - Pode-se administrar **quimioterapia** após a cirurgia (**quimioterapia adjuvante**) nos doentes com CPNPC estágio II, III e em alguns doentes com estágio IB.
 - A **radioterapia** (quer a **radioterapia estereotáxica [SABR]** quer a **radioterapia convencional**) é uma alternativa à cirurgia em doentes que não podem ou não querem submeter-se a cirurgia.
 - A **radioterapia** pode ser administrada após a cirurgia (**radioterapia adjuvante**) em doentes com CPNPC em estádios II e III.
- **CPNPC localmente avançado (III):**
 - É provável que o tratamento do CPNPC **localmente avançado** implique o uso de diferentes tipos de terapêuticas (**terapêutica multimodal**).
 - Se for possível remover o **tumor** (ou seja, o **tumor é ressecável**), as opções de tratamento podem incluir:
 - ~ **Terapêutica de indução** tratamento inicial administrado para reduzir o **tumor** antes de um segundo tratamento planeado) composto de **quimioterapia**, associada com **imunoterapia** ou **radioterapia**, seguida de cirurgia.
 - ~ Cirurgia seguida de **quimioterapia adjuvante** e/ou **radioterapia**.
 - ~ **Quimiorradioterapia** (ou seja, **quimioterapia** e **radioterapia** administradas ao mesmo tempo ou sequencialmente).
 - O tipo de tratamento, e às vezes a sequência de tratamentos que se oferece aos doentes com CPNPC em estágio III **ressecável**, dependerá do estado de saúde geral do doente e da presença de qualquer **comorbilidade**, bem como da magnitude e da complexidade da intervenção cirúrgica que será necessária para remover o **tumor**.
 - No CPNPC em estágio III **irressecável** a **quimiorradioterapia** é o tratamento preferido. Como alternativa, a **quimioterapia** e **radioterapia** podem ser administradas **sequencialmente** (ou seja, uma após a outra) em doentes incapazes de tolerar o tratamento **concomitante**.
 - É possível que se ofereça **imunoterapia** a alguns doentes com CPNPC **localmente avançado irressecável** após o tratamento com **quimiorradioterapia**.
- **CPNPC metastático (IV):**
 - Refere-se como doença **metastática** ou estágio IV (quatro) quando o CPNPC se disseminou para além do pulmão inicialmente afetado.
 - É raramente possível remover o CPNPC **metastático** com cirurgia ou tratá-lo de forma radical com **radioterapia**.

Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células

- O principal tratamento para os doentes com CPNPC **metastático** é a **quimioterapia intravenosa**, geralmente com uma combinação de dois medicamentos, eventualmente associada a **imunoterapia**.
- A escolha dos medicamentos utilizados dependerá em grande parte do estado geral de saúde do doente e do **subtipo histológico** do **tumor**.
- É possível que os doentes cujos **tumores** expressam níveis relativamente elevados da proteína **ligando de morte-programada 1 (PD-L1)**, determinada por provas moleculares usando uma **biópsia** do **tumor**, recebam **imunoterapia** de **primeira linha** com **pembrolizumab**.
- Os doentes cujos **tumores** contêm determinadas **mutações** (alterações) específicas nos **genes EGFR** (*epidermal growth factor receptor*), **BRAF**, **ALK** (*anaplastic lymphoma kinase*) ou **ROS1**, determinadas por provas moleculares utilizando uma **biópsia** de **tumor**, são mais bem tratados com **terapêuticas-alvo** orais administradas de forma contínua.
- Após 4-6 ciclos de **quimioterapia dupla** (ou seja, dois fármacos de **quimioterapia** administrados juntos), em doentes com bom estado geral de saúde, pode ser realizado **tratamento de manutenção** (tratamento para ajudar a impedir que o cancro regresse) com um medicamento chamado **pemetrexed**.
- Se o cancro reaparecer (**recaída** ou **recidiva**), podem ser oferecidos tratamentos de **segunda e terceira linhas**. Os tratamentos de **segunda e terceira linhas** adequados para serem administrados dependem do tratamento de **primeira linha** recebido e do estado de saúde geral do doente. As opções de tratamento incluem: **quimioterapia** (**pemetrexed** ou **docetaxel**), **imunoterapia** (**nivolumab**, **pembrolizumab** ou **atezolizumab**) quando não foi administrada como tratamento de **primeira linha**, **terapêutica antiangiogénica** (**nintedanib** ou **ramucirumab**) em combinação com **docetaxel** e **terapêuticas-alvo** (**afatinib**, **gefitinib**, **erlotinib**, **osimertinib**, **dabrafenib** em combinação com **trametinib**, **crizotinib**, **ceritinib**, **alectinib**, **brigatinib** ou **lorlatinib**) para doentes com alterações moleculares.
 - ~ Os doentes cujos **tumores** apresentam **mutações** no **gene EGFR** que receberam tratamento de **primeira linha** com **erlotinib**, **gefitinib** ou **afatinib** e que tenham a **mutação T790M** do **gene EGFR** confirmada, podem ser posteriormente tratados com **osimertinib**.
 - ~ Os doentes com **mutação** do **gene BRAF** confirmada que receberam tratamento de **primeira linha** com **dabrafenib** e **trametinib** podem receber **quimioterapia** de **segunda linha** à **base de platina**.
 - ~ Os doentes cujos **tumores** têm **rearranjos** do **gene ALK** e que receberam tratamento de **primeira linha** com **crizotinib** podem ser tratados em **segunda linha** com **ceritinib**, **alectinib**, **brigatinib** ou **lorlatinib** se disponíveis.

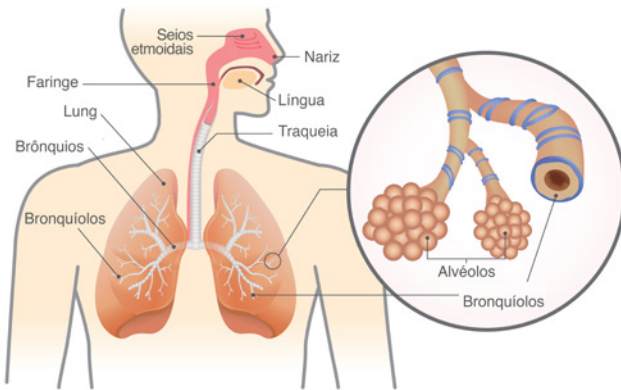
Vigilância após tratamento

- Os doentes que concluíram o tratamento para o CPNPC em estágio I–III são normalmente acompanhados com vigilância clínica e **exames radiológicos** a cada 3-6 meses durante os primeiros 2 anos e anualmente depois disso.
- Os doentes que completaram o tratamento para doença **metastática** são tipicamente acompanhados com **exames radiológicos** a cada 6-12 semanas (dependendo da sua elegibilidade para um tratamento posterior) de forma que o tratamento de **segunda linha** possa ser iniciado quando necessário.

Anatomia dos pulmões

Os pulmões fazem parte do nosso aparelho respiratório, que inclui:

- Nariz e boca.
- **Traqueia**.
- **Brônquios** (tubos que vão para cada pulmão).
- Pulmões.



*Anatomia do sistema respiratório, mostrando a **traqueia**, os **brônquios** e os pulmões. Ao inspirarmos, o ar passa desde o nariz ou boca através da **traqueia**, **brônquios** e **bronquíolos**, até atingir os pequenos sacos aéreos chamados **alvéolos** - é aqui que o oxigênio do ar passa para a corrente sanguínea (ver a imagem).*

O que é o cancro do pulmão?

O cancro do pulmão geralmente começa nas células que revestem os **brônquios** e partes do pulmão, como os **bronquíolos** ou os **alvéolos**. Existem dois tipos principais de **cancro do pulmão primário**:

- Cancro do pulmão de pequenas células (CPPC): Este tipo recebe o seu nome pelo pequeno tamanho das células que o compõem quando visto sob um microscópio.
- Cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC): este é o tipo mais comum e representa 80–90% de todos os tumores do pulmão (*Planchard et al., 2018*).
 - Este guia irá focar-se exclusivamente no CPNPC.

Que subtipos de CPNPC existem?

Os 3 principais **subtipos histológicos** do CPNPC são:

- **Adenocarcinoma**: cerca de 40% de todos os cancros do pulmão são **adenocarcinomas**. Estes **tumores** surgem nas células produtoras de muco que revestem as vias aéreas.
- **Carcinoma de células escamosas (CCE)**: constituem aproximadamente 25-30% de todos os cancros de pulmão. Este tipo de cancro desenvolve-se nas células que revestem as vias respiratórias e geralmente é causado pelo tabaco.
- **Carcinoma (indiferenciado) de grandes células**: este tipo representa cerca de 10–15% de todos os cancros de pulmão. O seu nome resulta do aspeto das células ao exame microscópico.

Quais são os sintomas do cancro do pulmão?

Os sintomas mais comuns do cancro de pulmão, incluindo o CPNPC, são:

- Tosse persistente.
- Infeção no peito que não passa ou que reaparece.
- Dificuldade em respirar ou falta de ar.
- Pieira.
- Expetoração com sangue.
- Dor persistente no peito ou ombros.
- Rouquidão ou redução do volume da voz.

Outros sintomas não específicos podem incluir:

- Febre.
- Perda de apetite.
- Perda de peso inexplicável.
- Sensação de cansaço extremo.

Deve consultar o seu médico se tiver algum destes sintomas. No entanto, é importante recordar que estes sintomas são comuns em pessoas sem cancro do pulmão e que podem ser causados por outras patologias.

É frequente o CPNPC?

O cancro do pulmão representa o terceiro tipo de cancro mais comum na Europa

Em 2018, o número de novos casos de cancro de pulmão diagnosticados na Europa foi estimado em mais de 470.000 (Ferlay et al., 2018):

- 312.000 novos casos em homens.
- 158.000 novos casos em mulheres.

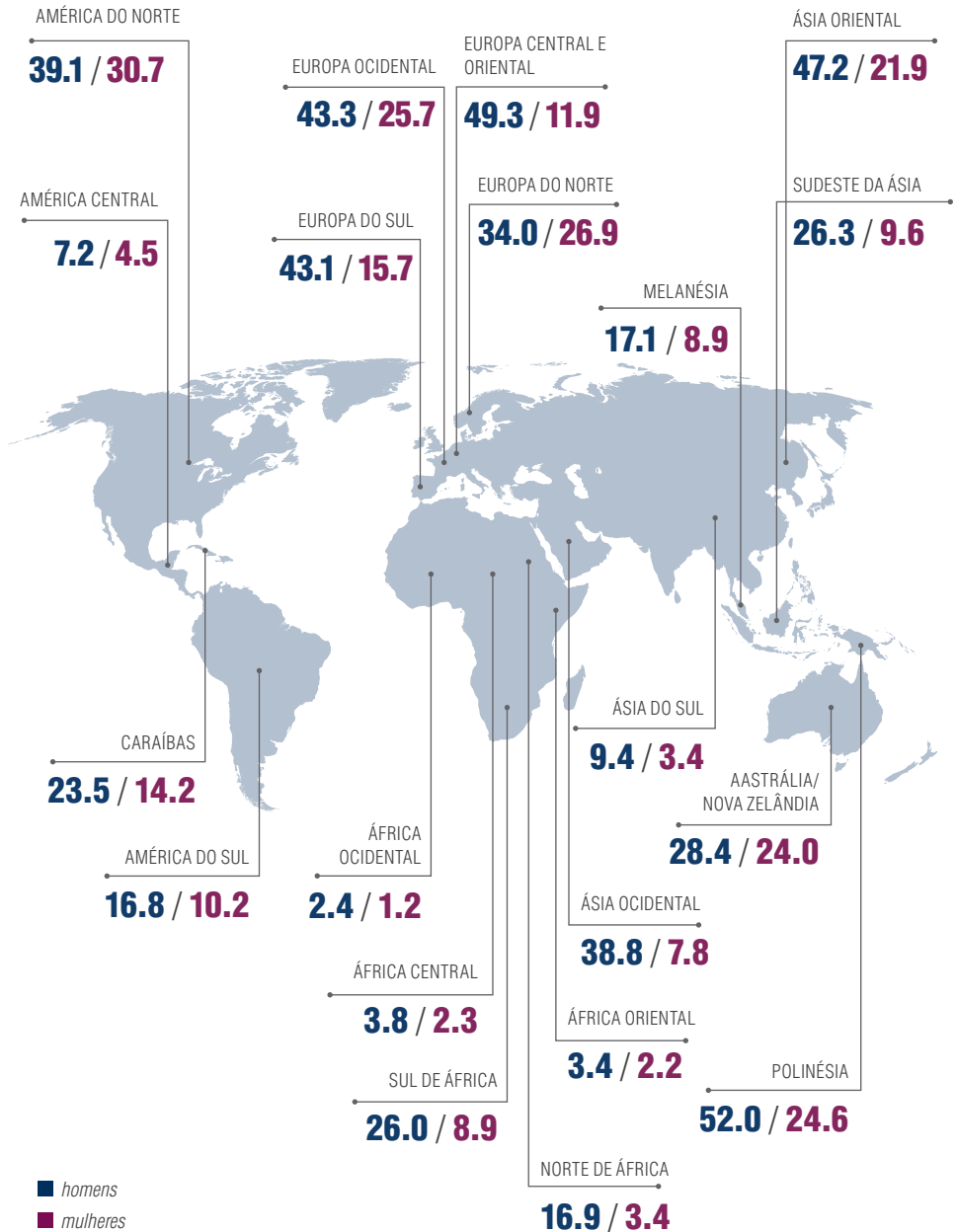
Na Europa, o cancro de pulmão é o segundo tipo de cancro mais frequente em homens (depois do cancro da próstata) e o terceiro mais frequente em mulheres (após os cancros da mama e colorretal) (Ferlay et al., 2018). As taxas de incidência do cancro do pulmão são maiores nos países mais desenvolvidos do que nos países menos desenvolvidos; essas diferenças refletem em grande medida as diferenças de fase e grau da epidemia do tabaco (Torre et al., 2015).

Na Europa verificou-se uma diminuição da mortalidade por cancro do pulmão nos homens, enquanto se encontra a aumentar nas mulheres – o que reflete a diferença nas tendências de prevalência do tabagismo entre sexos (Malvezzi et al., 2016, Planchard et al., 2018).

A maioria dos casos de cancro de pulmão é diagnosticada em doentes acima dos 65 anos e a idade média de diagnóstico é de 70 anos.

O CPNPC é o tipo mais comum de cancro do pulmão e representa 85-90% de todos os cancros do pulmão

Este mapa mostra o número estimado de novos casos de cancro do pulmão diagnosticados em 2018 por cada 100.000 pessoas da população de cada região (Ferlay et al., 2018).



Quais são as causas do CPNPC?

Fumar constitui o maior **fator de risco** para o desenvolvimento de cancro do pulmão, no entanto, existem outros **fatores de risco** que podem também aumentar a sua probabilidade de desenvolvimento. É importante lembrar que ter um **fator de risco** aumenta o risco de desenvolvimento de cancro, mas não significa que terá definitivamente um cancro. Da mesma forma, não ter um **fator de risco** não significa que definitivamente não vá ter cancro.

Tabagismo

O consumo de tabaco constitui a principal causa de cancro do pulmão. Na Europa é responsável por 90% dos casos em homens e 80% dos casos em mulheres (Novello et al., 2016). O número de anos que uma pessoa foi fumadora é mais importante do que o número de cigarros fumados por dia; portanto a cessação tabágica em qualquer idade tem maior impacto na redução do risco de desenvolvimento de cancro do que a redução de número de cigarros fumados por dia.

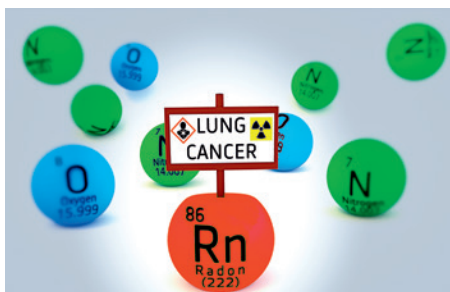
Tabagismo passivo

O **tabagismo passivo**, também conhecido como tabagismo em segunda mão, aumenta o risco de desenvolver CPNPC, mas em menor grau do que nos fumadores.

Radão

O radão é um gás **radioativo** produzido durante a decomposição de **urânio** de ocorrência natural no solo e rochas, especialmente do granito. Pode passar através do solo para casas e edifícios. A exposição a níveis excessivos de radão é considerada um importante fator causal em doentes com cancro do pulmão nunca fumadores, o que pode ser particularmente relevante no caso dos mineiros subterrâneos que podem estar expostos a altos níveis deste gás se as minas em que trabalham estão numa determinada região geográfica.

O tabagismo é o maior fator de risco do cancro do pulmão



Suscetibilidade genética

Acredita-se que algumas pessoas têm maior probabilidade de desenvolver cancro do pulmão com base na sua estrutura genética (Bailey-Wilson et al., 2004). Ter antecedentes familiares de cancro do pulmão, ou outros tipos de cancro, aumenta o risco de desenvolver cancro do pulmão até certo grau. Em pessoas com predisposição genética para o cancro do pulmão o hábito de fumar aumenta o risco.



Poluentes domésticos e ambientais

Outros fatores descritos como **fatores de risco** para o desenvolvimento do CPNPC incluem a exposição ao **amianto** e ao **arsénio**. Sabe-se que as taxas de cancro do pulmão são mais elevadas nas cidades do que nas zonas rurais, embora outros fatores para além da poluição do ar exterior possam ser responsáveis por esse padrão. Também foi sugerido que a utilização de fogões alimentados por carvão nos espaços interiores pode ser um fator de risco em alguns países (Planchard et al., 2018). Na China, por exemplo, há uma maior taxa de cancro do pulmão nas mulheres, apesar da proporção de mulheres fumadoras ser menor na China em comparação a alguns países da Europa.



Os resultados recentes de um estudo de rastreio do cancro do pulmão por meio de **tomografia computadorizada (TC)** mostraram uma redução de 26% nas mortes por cancro de pulmão após 10 anos de seguimento em homens que não tinham sintomas de cancro do pulmão, mas que eram considerados de alto risco para o desenvolvimento da doença (De Koning et al., 2018). Atualmente, contudo, o rastreio em larga escala para o CPNPC não é um procedimento de rotina para as pessoas que estão em maior risco de desenvolver a doença com base nos **fatores de risco** acima referidos.

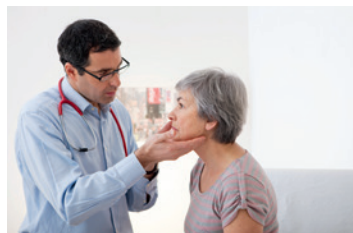
Como se diagnostica o CPNPC?

A maioria dos doentes com CPNPC são diagnosticados depois de procurar um médico por queixas de sintomas como tosse persistente, infeção no peito que não se resolve, **dispneia**, pieira, expetoração com sangue, dor persistente nos ombros ou no peito, rouquidão ou redução do volume da voz, perda de peso inexplicável, perda de apetite ou cansaço extremo.

Um diagnóstico de cancro de pulmão é baseado nos resultados dos seguintes exames e testes:

Exame clínico

O seu médico realizará um exame físico. Examinará o seu peito e verificará os **gânglios linfáticos** no pescoço. Se houver suspeita de cancro do pulmão, o médico pode pedir que realize uma **radiografia** de tórax ou possivelmente uma **tomografia computadorizada**, além de referenciá-lo para uma consulta com um especialista para testes adicionais.



Exames de Imagem

Os exames de imagem são utilizados para confirmar um diagnóstico suspeito de cancro do pulmão e investigar até onde o cancro evoluiu.

As diferentes técnicas de exames de imagem incluem:

- **Radiografia de tórax:** Uma **radiografia** de tórax permite que o especialista perceba se há alterações nos seus pulmões. Este é geralmente o primeiro exame a ser realizado, com base nos seus sintomas e no exame clínico.
- **TC do tórax e abdómen superior:** Obtém-se uma série de imagens que formam uma imagem tridimensional do interior do seu corpo. Este exame permite que o seu médico obtenha mais informações sobre o cancro, como a localização exata do **tumor** nos pulmões, determinar se os **gânglios linfáticos** próximos estão afetados e se o cancro se disseminou para outras áreas dos pulmões e/ou partes do corpo. É um procedimento indolor e geralmente demora 10-30 minutos.



- **TC ou Ressonância Magnética (RM) do cérebro:** Este exame permite que os médicos avaliem se o cancro se disseminou para o cérebro. O aparelho de **ressonância magnética** utiliza um campo magnético poderoso para obter imagens detalhadas. É possível que receba uma injeção de contraste numa veia do braço para aumentar a clareza das imagens. É indolor, mas pode ser ligeiramente desconfortável, pois exige que fique deitado e imóvel dentro do aparelho durante cerca de 30 minutos. Durante o exame, será capaz de ouvir e falar com o técnico que está a realizar o procedimento.
- **Tomografia emissão de positões (PET)/TC:** Exame que combina uma **TC** e uma **PET**. A **PET** utiliza doses baixas de radiação para medir a atividade das células em diferentes partes do corpo e, combinada com a **TC** é capaz de dar informações mais detalhadas sobre a parte do corpo que está a ser estudada. Será injetado um contraste levemente **radioativo** numa veia do dorso da mão ou do braço, sendo necessário repousar durante cerca de uma hora enquanto aguarda que o contraste se difunda pelo corpo. O exame em si durará entre 30 e 60 minutos e, embora precise de manter deitado e imóvel, poderá falar com o técnico que realiza o procedimento. A **PET/CT** é frequentemente utilizada para avaliar se o cancro se disseminou para os ossos.

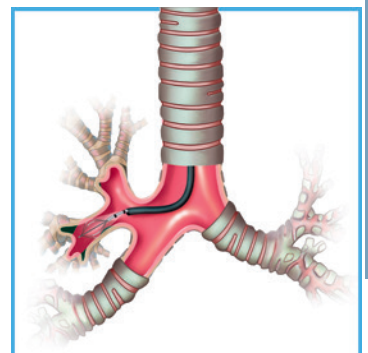
Histopatologia

Recomenda-se a realização de biópsia para todos os doentes com CPNPC, pois ajuda a determinar a melhor estratégia de tratamento

A histopatologia é o estudo de células e tecidos doentes usando um microscópio; uma **biópsia** do **tumor** permite que uma amostra de células seja examinada de perto. A **biópsia** é recomendada para todos os doentes, uma vez que se utiliza para confirmar o diagnóstico de CPNPC, identificar o **subtipo histológico** de CPNPC e pesquisar proteínas anormais dentro das células **tumorais**, que poderão ajudar a determinar o melhor tratamento (Planchard et al., 2018).

As técnicas para obter uma **biópsia** incluem:

- **Broncoscopia:** um médico qualificado especialista examina o interior das vias respiratórias e os pulmões usando um tubo instrumento denominado **broncoscópio**. É realizado sob **anestesia local** ou sedação. Durante a **broncoscopia** o médico recolherá amostras de células (**biópsias**) das vias respiratórias ou dos pulmões.
- **Biópsia pulmonar com agulha guiada por TC:** pode ser difícil obter material para **biópsia** através de **broncoscopia**, e nesse caso o seu médico pode optar por obter a **biópsia** durante a realização de uma **tomografia computadorizada**. Neste procedimento, receberá um **anestésico local** para anestésiar a área. É inserida uma agulha fina através da pele até ao pulmão para que o médico possa extrair uma amostra de células do **tumor**. Este procedimento deve durar apenas alguns minutos.



- **Biópsia por ecoendoscopia brônquica (EBUS):** Esta técnica é utilizada para confirmar se o cancro atingiu os **gânglios linfáticos** próximos, depois dos **exames radiológicos** sugerirem que esse pode ser o caso. Um **broncoscópio** que contém uma pequena sonda de **ecografia** é passado através da **traqueia** para ver se os **gânglios linfáticos** próximos são maiores do que o normal. O médico pode utilizar uma agulha para fazer **biópsias** do **tumor** ou dos **gânglios linfáticos**. Este exame pode ser desconfortável, mas não costuma ser doloroso. Geralmente dura menos de uma hora e permite ter alta para casa no mesmo dia.
- **Biópsia por ecoendoscopia esofágica (EUS):** Semelhante ao EBUS, esta técnica é utilizada para avaliar se o cancro se disseminou para os **gânglios linfáticos** próximos, após sugestão por **exames radiológicos** de que esse pode ser o caso. No EUS o endoscópio é introduzido pelo **esófago**.
- **Mediastinoscopia:** Este é um procedimento mais invasivo que o EBUS/EUS, mas está recomendado como exame adicional se os exames anteriores não puderem confirmar a disseminação para os **gânglios linfáticos** próximos, ou se os **gânglios linfáticos** não forem acessíveis pelas outras técnicas. A mediastinoscopia é feita sob **anestesia geral**, durante um internamento curto. É realizada uma pequena incisão na pele, próximo à junção do pescoço e da região anterior do tórax, onde será inserido um tubo. Uma câmara acoplada a um sistema de iluminação permite ao médico observar minuciosamente a região central do tórax do doente, denominada mediastino, para detetar a presença de **gânglios linfáticos** anormais, já que essa é a região para a qual os **tumores** se disseminam primeiro. Podem ser realizadas **biópsias** de tecido e de **gânglios linfáticos** para exame posterior.

Peça mais detalhes ao seu médico se tiver dúvidas sobre esses procedimentos

Cito(pato)logia

Enquanto a histologia é o exame laboratorial de tecido ou células, a citologia (ou citopatologia) é o exame de células **tumorais** espontaneamente destacadas do **tumor**. Os métodos mais comuns de obtenção de amostras para exame citológico incluem:

- **Broncoscopia:** lavados brônquicos (em que uma solução levemente salina é aplicada sobre a superfície das superfícies respiratórias) e a coleta de secreções pode ser realizada durante uma **broncoscopia** para verificar a presença de células cancerígenas.
- **Toracocentese/drenagem pleural:** o derrame pleural é uma coleção anormal de líquido entre as finas camadas de tecido (**pleura**) que revestem o pulmão e a parede da cavidade torácica. Este líquido pode ser retirado da cavidade pleural por toracocentese ou drenagem pleural e examinado em laboratório para determinar a presença de células tumorais.
- **Pericardiocentese/drenagem pericárdica:** o derrame pericárdico é uma coleção anormal de líquido entre o coração e o saco que envolve o coração (**pericárdio**). Esse líquido pode ser retirado da cavidade pericárdica por pericardiocentese ou drenagem pericárdica e examinado em laboratório para determinar a presença de células tumorais. Essas técnicas são realizadas em ambiente hospitalar, geralmente com o auxílio de uma **ecografia** para ajudar a posicionar a agulha. Será administrado um **anestésico local** e monitorizadas quaisquer complicações que possam surgir.

Devido à localização dos pulmões no corpo, a obtenção de amostras de células/tecidos pode ser difícil e poderá ser necessário repetir alguns destes testes se os resultados obtidos forem inconclusivos.

Como será determinado o meu tratamento?

Após a confirmação do diagnóstico, o seu médico oncologista terá em consideração diversos fatores para ajudá-lo a planejar seu tratamento. Estes fatores incluem informações a seu respeito e sobre o cancro

Fatores relacionados com os doentes

- A sua idade.
- O seu estado geral de saúde.
- O seu histórico médico.
- O seu histórico de tabagismo.
- Resultados de análises ao sangue e exames.

Fatores relacionados com o cancro

O tratamento também dependerá do seu tipo de cancro do pulmão (de acordo com os resultados histopatológicos ou citopatológicos), da sua localização no pulmão e se houve disseminação para outras partes do corpo (resultados de imagem).

Estadiamento

É importante que o seu médico saiba o estágio do cancro, para que possa determinar a melhor estratégia de tratamento

O estadiamento do cancro é usado para descrever o seu tamanho, posição e se foi capaz de se disseminar. O cancro é estadiado pela utilização de um sistema de letras e números, agrupados nos Estádios IA a IV. Geralmente, quanto mais baixo for o estágio, melhor será o **prognóstico**. O estadiamento considera:

- O tamanho do cancro (tamanho do **tumor**; T).
- Se disseminou para os **gânglios linfáticos** (N).
- Se houve **metástases** (disseminação) para outras áreas dentro dos pulmões ou para outras partes do corpo (M).

O estadiamento geralmente é realizado duas vezes: após a realização dos **exames** clínicos e **radiológicos**; e após a cirurgia, no caso de **tumores** ressecados cirurgicamente.

Os diferentes estádios do CPNPC encontram-se descritos na tabela abaixo. Este sistema pode parecer complicado, mas o seu médico será capaz de lhe explicar que partes desta tabela correspondem ao seu cancro e como o estádio interfere na escolha do tratamento.

ESTÁDIO IA (T1-N0-M0)	<ul style="list-style-type: none"> O tumor tem até 3 cm, encontra-se limitado ao pulmão e não atingiu os gânglios linfáticos adjacentes 	CPNPC em estádio inicial
ESTÁDIO IB (T2a-N0-M0)	<ul style="list-style-type: none"> O tumor tem entre 3-4 cm, ainda está limitado ao pulmão e não atingiu os gânglios linfáticos adjacentes 	
ESTÁDIO IIA (T2b-N0-M0)	<ul style="list-style-type: none"> O tumor tem entre 4-5 cm, ainda está limitado ao pulmão e não atingiu os gânglios linfáticos adjacentes 	
ESTÁDIO IIB (T1/2-N1-M0 ou T3-N0-M0)	<ul style="list-style-type: none"> O tumor tem até 5 cm e disseminou-se para os gânglios linfáticos adjacentes, mas não atingiu outras partes do corpo; ou O tumor tem entre 5-7 cm ou há mais que um tumor no mesmo lobo pulmonar; não se espalhou para os gânglios linfáticos adjacentes, mas pode ter invadido outras partes do pulmão, da via aérea ou áreas adjacentes fora do pulmão, como o diafragma 	CPNPC localmente avançado
ESTÁDIO IIIA (T1/2-N2-M0 ou T3-N1-M0 ou T4-N0/1-M0)	<ul style="list-style-type: none"> O tumor tem até 5 cm, disseminou-se para os gânglios linfáticos mais distantes, mas não atingiu outras partes do corpo; ou O tumor tem entre 5-7 cm ou há mais que um tumor no mesmo lobo; disseminou-se para os gânglios linfáticos adjacentes e pode ter invadido outras partes do pulmão, da via aérea ou áreas adjacentes fora do pulmão, como o diafragma; ou O tumor tem mais que 7 cm e invade outros tecidos e estruturas; como o coração, a traqueia ou o esófago e não se disseminou para outras partes do corpo; ou há mais que um tumor em diferentes lobos do mesmo pulmão. O cancro pode ou não ter disseminado para os gânglios linfáticos adjacentes 	
ESTÁDIO IIIB (T1/2-N3-M0 ou T3-N2-M0 ou T4-N2-M0)	<ul style="list-style-type: none"> O tumor tem até 5 cm e disseminou-se para os gânglios linfáticos mais distantes, mas não atingiu outras partes do corpo; ou O tumor tem entre 5-7 cm ou há mais que um tumor no mesmo lobo; disseminou-se para os gânglios linfáticos adjacentes e pode ter invadido outras partes do pulmão, da via aérea ou áreas adjacentes fora do pulmão, como o diafragma; ou O tumor tem mais que 7 cm e invade outros tecidos e estruturas; como o coração, a traqueia ou o esófago, e não se disseminou para outras partes do corpo; ou há mais que um tumor em diferentes lobos do mesmo pulmão. O cancro pode ter atingido os gânglios linfáticos mais distantes 	
ESTÁDIO IV (qualquer T -qualquer N -M1)	<ul style="list-style-type: none"> O tumor pode ser de qualquer tamanho e não ter atingido gânglios linfáticos. O cancro está em ambos os pulmões, disseminou-se para outras partes do corpo (como o fígado, glândulas suprarrenais, cérebro ou ossos) ou causou uma acumulação de líquido no pulmão ou coração com células tumorais 	CPNPC metastático

AJCC/UICC 8th ed. (Planchard et al., 2018)

AJCC, American Joint Committee on Cancer; CPNPC, cancro do pulmão de não pequenas células; UICC, Union for International Cancer Control

Tipos de CPNPC

Resultados da biópsia

A sua **biópsia** será examinada no laboratório para avaliar:

- O **subtipo histológico** (**adenocarcinoma**, **carcinoma de células escamosas** ou **carcinoma de grandes células**).
- O **grau**.
- A biologia do **tumor**.

Subtipo histológico

O **subtipo histológico** do **tumor** pode influenciar o tipo de tratamento que irá receber. Por exemplo, os câncros não escamosos podem beneficiar de terapêuticas antitumorais específicas, que mostraram ser mais eficazes em doentes com este **subtipo histológico**.

Gravidade

O **grau** do **tumor** é baseado no aspeto das células tumorais, em como elas diferem das células pulmonares normais e na rapidez do seu crescimento. O **grau** será um valor entre um e três e reflete a agressividade das células **tumorais**; quanto mais alto o **grau**, mais agressivo é o **tumor**.

Teste biológico do tumor

As amostras de tecido de CPNPC **metastático** pertencentes ao subtipo não escamoso devem ser testadas para a presença de **mutações** específicas no **gene EGFR**. Embora essas **mutações** sejam raras (aproximadamente 10–20% dos casos em caucasianos com **adenocarcinoma**), a deteção de uma **mutação** do **gene EGFR** tem implicações prognósticas e terapêuticas importantes em doentes com CPNPC **metastático**. O teste do **gene EGFR** não é recomendado em doentes com diagnóstico de **CCE**, exceto em não-fumadores, ex-fumadores de longa data ou fumadores ligeiros (carga tabágica < 15 maços/ano). O tecido também deve ser testado para a presença de uma **mutação** no **gene BRAF** (conhecida como V600E), pois existem tratamentos específicos para **tumores** com esta **mutação** (Planchard et al., 2018). O teste do rearranjo nos **genes ALK** e **ROS1** deve ser realizado, se possível, em paralelo com a análise de **mutação** no **gene EGFR**. O **rearranjo** do **gene ALK** é mais frequente em pessoas que nunca fumaram, com subtipo de **adenocarcinoma** (5%) e em doentes mais jovens (<50 anos). A deteção de **rearranjos** do **gene ALK** tem implicações terapêuticas importantes para doentes com CPNPC **metastático** devido à existência de medicamentos dirigidos ao gene **ALK** (por exemplo, **crizotinib**, **ceritinib** e **alectinib**) (Planchard et al., 2018; Novello et al., 2016). Alguns inibidores do **gene ALK**, incluindo o **crizotinib**, também inibem o **gene ROS1**, e, portanto, a presença de **rearranjos** do **ROS1** também orienta as decisões de tratamento no NSCLC **metastático** (Planchard et al., 2018).

Ligando de morte-programada 1 (PD-L1): é uma proteína celular que se acredita estar implicada em ajudar o **tumor** a escapar à deteção pelo sistema imunológico do corpo. A quantidade de **PD-L1** presente num **tumor** pode influenciar a decisão de tratar o cancro com **imunoterapia anti-PD-L1**.

Quem está envolvido no planeamento do meu tratamento?

Na maioria dos hospitais uma **equipa multidisciplinar** irá planear o tratamento que considerar mais adequado para a sua situação. Esta equipa multidisciplinar de profissionais pode incluir:



- Um cirurgião.
- Um médico **oncologista** (médico especializado no tratamento médico do cancro).
- Um rádio-**oncologista**.
- Um pneumologista.
- Um **enfermeiro especialista**.
- Um **radiologista** que esteve envolvido na avaliação dos seus **exames radiológico**.
- Um **patologista** que esteve envolvido na análise da **biópsia** do seu **tumor**.
- Um biólogo molecular que esteve envolvido na análise genética da **biópsia** do seu **tumor**.
- Um psico-oncologista para fornecer avaliação e aconselhamento psiquiátrico.

Outros especialistas podem estar presentes, como um nutricionista, um assistente social, um enfermeiro de cuidados comunitários, um fisioterapeuta, um psicólogo clínico e um médico de **cuidados paliativos** (que poderá auxiliar no controlo da dor). Após a reunião **multidisciplinar** o seu médico, talvez com outros membros da equipa, conversará consigo sobre o melhor plano de tratamento para a sua situação (Plancharde *et al.*, 2018). Irão explicar-lhe os benefícios e as desvantagens potenciais dos diferentes tratamentos.

É importante que os doentes estejam envolvidos na tomada de decisão do tratamento: quando há vários tratamentos disponíveis, os médicos devem envolver os doentes na tomada de decisões sobre os seus cuidados para que possam escolher os que melhor satisfaçam as suas necessidades e reflitam no que é importante para eles. Isto é denominado de “decisão clínica partilhada”.

É importante que os doentes estejam totalmente envolvidos nas discussões e decisões sobre o seu tratamento

O seu médico poderá responder a perguntas que tenha sobre o seu tratamento. Três perguntas simples que podem ser úteis ao falar com o seu médico ou qualquer profissional de saúde envolvido no tratamento são:

- Quais são as minhas opções de tratamento?
- Quais são os possíveis benefícios e efeitos secundários dessas opções?
- Que probabilidade tenho de experienciar esses benefícios e efeitos secundários?

Quais são as opções terapêuticas no CPNPC?

Objetivos do tratamento

No CPNPC em **estádio inicial**, quando o cancro está limitado ao pulmão e, portanto, considerado curável, o principal tratamento é a **ressecção** cirúrgica (Postmus et al., 2017). Para o CPNPC **localmente avançado** a **terapêutica multimodal** é geralmente adotada para ajudar a reduzir ou, em alguns casos, eliminar completamente o cancro (Eberhardt et al., 2015). Para o CPNPC **metastático**, aquele em que o cancro se disseminou para outras partes do corpo e a cura não é uma opção, vários tratamentos **sistêmicos** podem ser utilizados na tentativa de travar o crescimento do **tumor** e melhorar os sintomas e a qualidade de vida - a isso chama-se **cuidados de suporte** ou **paliativos** (Planchard et al., 2018).

Descrição geral dos tipos de tratamento

Os tratamentos para o CPNPC incluem a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e as terapêuticas-alvo

O tratamento que receberá vai depender do estágio e do tipo de cancro, bem como do seu estado geral de saúde e preferências de tratamento, que serão discutidas com o seu médico. Pode ser realizada uma combinação de tratamentos. Os principais tipos de tratamento estão enumerados:

- A **cirurgia** pode ser possível para remover o CPNPC se for diagnosticado num estágio inicial. O tipo de cirurgia oferecida dependerá do tamanho e da localização do cancro (Postmus et al., 2017):
 - A **ressecção** em **cunha** ou a **segmentectomia** consistem na remoção de uma pequena parte do pulmão; pode ser oferecida se o cancro estiver num estágio muito inicial
 - A **lobectomia** consiste na remoção de um dos **lobos** do pulmão; é o tratamento cirúrgico padrão para CPNPC
 - A **pneumectomia** é a remoção total de um dos pulmões; é uma **ressecção** cirúrgica mais complexa do que a **lobectomia** ou a **segmentectomia**.
- A **quimioterapia** atua alterando a forma como as células tumorais crescem e se dividem. No entanto, estes medicamentos também podem afetar as células normais. A **quimioterapia** pode ser administrada antes ou depois da cirurgia do CPNPC. Algumas pessoas são tratadas com **quimioterapia** e **radioterapia** simultaneamente – denomina-se **quimiorradioterapia**. A **quimioterapia** pode ser administrada para tentar curar o cancro ou para prolongar a vida e controlar os sintomas (**cuidados paliativos**) (Postmus et al., 2017; Planchard et al., 2018).
- As **terapêuticas-alvo** e as **terapias antiangiogênicas** são fármacos que bloqueiam as vias de sinalização específicas que estimulam o crescimento das células cancerígenas (Novello et al., 2016).

- A **imunoterapia** é um tratamento que bloqueia as vias inibitórias que restringem a resposta imunológica do corpo ao cancro, ajudando assim a reativar o sistema imunológico do corpo para detectar e combater o cancro (Novello et al., 2016).
- A **radioterapia** é um tipo de tratamento que utiliza **radiação ionizante**, que danifica o **DNA** das células cancerígenas, fazendo com que as células morram. Pode ser usada em vez da cirurgia para tentar curar o CPNPC em **estádio inicial**. A **radioterapia** pode ser administrada após ou durante a **quimioterapia** (**quimiorradioterapia**). A **radioterapia** também é utilizada para controlar os sintomas quando o cancro está mais avançado ou se disseminou para outras partes do corpo. Existem várias técnicas diferentes para a aplicação de **radioterapia**, incluindo **radioterapia estereotáxica (SABR)**, quando disponível, um tipo de radioterapia por feixe externo que fornece uma alta dose de radiação especificamente dirigida ao **tumor** (Postmus et al., 2017; Planchard et al., 2018).

O seu médico e **enfermeiro especialista** podem discutir todas as opções de tratamento disponíveis para ajudá-lo a tomar uma decisão informada sobre o melhor caminho a seguir.

O resultado de qualquer tratamento que receba será verificado regularmente para avaliar a sua eficácia e determinar se os benefícios superam quaisquer efeitos secundários que possa apresentar. A avaliação da resposta é recomendada após 6–12 semanas de **tratamento sistémico** para o CPNPC em estágio IV. Esta avaliação é baseada na repetição dos testes de imagem iniciais que mostraram o cancro (Novello et al., 2016; Planchard et al., 2018).

Opções de tratamento para o CPNPC em estágio inicial (Estádios I–II)

O CPNPC em estágio precoce que está limitado ao pulmão pode ser curado com cirurgia

A cirurgia é tratamento de escolha para o CPNPC em **estádio inicial** (Postmus et al., 2017). Implica a remoção do cancro e de alguns dos **gânglios linfáticos** próximos ao pulmão. O número de **gânglios linfáticos** removidos vai depender do tipo de cirurgia realizada. A cirurgia do CPNPC é uma operação importante, pelo que o doente deverá estar em boas condições de saúde para poder suportá-la. A operação poderá consistir numa **lobectomia** (preferencial) ou na **ressecção** de um **segmento** do pulmão e pode ser realizada por cirurgia aberta ou **cirurgia torácica videoassistida (VATS)**, dependendo da preferência do cirurgião. A **VATS** é geralmente a preferida para **tumores** em Estádio I (Postmus et al., 2017).

Os **gânglios linfáticos** removidos durante a cirurgia serão examinados ao microscópio para verificar a existência de células tumorais. Saber se o cancro se disseminou para os **gânglios linfáticos** ajudará os médicos a decidir se haverá necessidade de tratamento adicional com **quimioterapia** ou **radioterapia adjuvante** (Postmus et al., 2017).

A **quimioterapia adjuvante** é normalmente administrada a doentes com CPNPC em Estádio II, podendo ser considerada para alguns doentes com doença em Estádio IB. O seu estado geral de saúde e sua recuperação pós-operatória serão tidos em consideração na decisão sobre a **quimioterapia adjuvante**. É preferível uma combinação de dois medicamentos diferentes (sendo um deles a **cisplatina**) e é provável que sejam administrados 3 ou 4 ciclos de tratamento (Postmus et al., 2017).

A **radioterapia adjuvante** pode ser administrada após a cirurgia em doentes com CPNPC Estádio II (Postmus et al., 2017).

Nos doentes com CPNPC em Estádio I que não queiram ou não podem se submeter a cirurgia, a **SABR** pode ser oferecida. Este tratamento ser-lhe-á administrado em regime de ambulatório ao longo de 3-8 visitas. Se o seu **tumor** é maior do que 5 cm e/ou está localizado no centro do pulmão a **radioterapia** radical, que utiliza horários diários convencionais ou **programas acelerados**, é preferida (Postmus et al., 2017).

Tratamento de CPNPC estágio inicial (estádio I-II) – resumo (Postmus et al., 2017)

TRATAMENTO	DOENTES	DETALHES DO TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Cirurgia	CPNPC em Estádio I ou II	<ul style="list-style-type: none"> A operação é: <ul style="list-style-type: none"> Lobectomia: remoção de um dos lobos do pulmão (opção preferencial), ou Ressecção em cunha ou de segmento: apenas uma pequena quantidade do pulmão é removida (às vezes usado para CPNPC muito precoce) Realizado por cirurgia aberta ou por VATS 	<ul style="list-style-type: none"> Riscos associados a grandes cirurgias Tempo de recuperação (menor com VATS) Geralmente é possível voltar para casa 3-7 dias após a cirurgia Requer controlo de dor pós-operatória
Quimioterapia adjuvante	CPNPC em Estádio II, após a cirurgia CPNPC Estádio IB, após a cirurgia, se o tumor for maior que 4 cm (Não recomendada em Estádio IA)	<ul style="list-style-type: none"> Combinação de dois medicamentos diferentes, geralmente por via intravenosa (um deles sendo a cisplatina) Geralmente, 3 - 4 ciclos de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> Necessária a recuperação da cirurgia antes de iniciar a quimioterapia Doenças pré-existentes podem influenciar a indicação da quimioterapia
SABR	Tratamento preferencial para o estágio I QUANDO a cirurgia não puder ser realizada	<ul style="list-style-type: none"> Mais precisa do que a radioterapia convencional; áreas muito pequenas podem ser tratadas com uma dose alta Tempo de tratamento mais curto do que na radioterapia convencional (2 semanas) 	<ul style="list-style-type: none"> A SABR apresenta baixa toxicidade em doentes com DPOC e em idosos A cirurgia pode ser oferecida posteriormente (quando apropriado) se a SABR não for bem-sucedida ou se houver complicações
Radioterapia radical	Tumores >5 cm e/ou de localização central Após cirurgia "incompleta"	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento convencional (4 a 7 semanas de tratamento em sessões diárias curtas, de segunda a sexta-feira) ou acelerado (um número maior de tratamentos administrados num período de tempo mais curto) 	

DPOC, doença pulmonar obstrutiva crónica; CPNPC, cancro do pulmão de células não pequenas; SABR, radioterapia ablativa estereotáxica; VATS, cirurgia torácica videassistida

Opções de tratamento para o CPNPC localmente avançado (Estádio III)

É provável que o tratamento da doença localmente avançada envolva diferentes modalidades terapêuticas

O CPNPC **localmente avançado** representa uma doença muito diversa (ver Estádios IIIA e IIIB na tabela do sistema de estadiamento AJCC/UICC) e, portanto, não é possível recomendar uma abordagem única para o seu tratamento. Alguns doentes com CPNPC em Estádio III têm um **tumor** considerado **ressecável**, ou seja, o seu médico/cirurgião considera que pode ser completamente removido por cirurgia imediatamente ou após um curso de **quimioterapia** (com ou sem **radioterapia**). Por outro lado, alguns doentes com CPNPC em Estádio III têm um **tumor** que é considerado **irressecável**, ou seja, a cirurgia não é possível devido ao tamanho/localização do **tumor** e envolvimento dos **gânglios linfáticos** na zona central do tórax. Portanto, é provável que a melhor abordagem para o tratamento do CPNPC em Estádio III seja uma combinação de vários tipos de tratamento (cirurgia, **quimioterapia** e/ou **radioterapia**), chamada de **terapêutica multimodal** (Postmus et al., 2017; Eberhardt et al., 2015).

Nos doentes com CPNPC em Estádio III potencialmente **ressecável**, as opções de tratamento geralmente incluem a **terapêutica de indução** com **quimioterapia** ou **quimiorradioterapia**, seguida de cirurgia (preferida para aqueles cujo tumor provavelmente será completamente eliminado por **lobectomia**) ou **quimiorradioterapia**.

Em doentes com CPNPC em Estádio III **irressecável** o tratamento preferencial é a **quimiorradioterapia**. Em alternativa, a **quimioterapia sequencial** e a **radioterapia** podem ser administradas aos doentes que são incapazes de tolerar o tratamento **concomitante** (Postmus et al., 2017).

A **quimioterapia** é uma parte integrante do tratamento do CPNPC em Estádio III. Geralmente é oferecido um **regime** de combinação à base de **cisplatina** e outro medicamento. Geralmente são administrados 2-4 ciclos, seja a **quimioterapia** administrada isoladamente ou como parte de um tratamento de **quimiorradioterapia**. Nos doentes que foram submetidos a uma cirurgia para CPNPC que se acreditava estar em Estádio I ou II, mas que se descobriu estar em Estádio III durante a cirurgia, provavelmente será administrada **quimioterapia adjuvante** após a cirurgia (Postmus et al., 2017).

Quando a **radioterapia** é administrada em **simultâneo** com a **quimioterapia** para o CPNPC em Estádio III, é administrada em doses diárias convencionais e o tratamento não deve exceder as 7 semanas. Pode ser dado de forma **acelerada** como parte de um curso de **quimiorradioterapia** pré-operatório, mas quaisquer vantagens potenciais para o resultado provável da cirurgia precisam de ser ponderadas em relação a uma potencial maior toxicidade. Quando administrado **sequencialmente**, pode ser utilizado um programa **acelerado** de **radioterapia**, ou seja, doses mais altas durante um período de tempo mais curto (Postmus et al., 2017).

Após o tratamento de **primeira linha**, o agente de **imunoterapia durvalumab** pode ser oferecido a doentes com doença **irressecável** que não progrediu após **quimiorradioterapia** à **base de platina**, se os tumores contiverem um certo nível de **PD-L1** (determinado por teste molecular usando uma **biópsia de tumor**) (Imfinzi SPC, 2018).

Tratamento de CPNPC localmente avançado (estádio III) – resumo (Postmus et al., 2017)

TRATAMENTO	DOENTES	DETALHES DO TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Cirurgia	CPNPC Estádio III Ressecável	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencial quando uma ressecção completa é possível por lobectomia, para poupar tecido pulmonar o mais possível • Pode exigir uma pneumectomia (remoção de um pulmão) em alguns doentes • Pode ser realizada após um ciclo inicial de quimioterapia (\pm radioterapia) – terapêutica de indução 	<ul style="list-style-type: none"> • O resultado depende da extensão do envolvimento dos gânglios linfáticos do centro do peito • As provas de função pulmonar são importantes antes de se decidir sobre a opção cirúrgica
Quimioterapia		<ul style="list-style-type: none"> • O regime endovenoso preferencial é baseado em cisplatina (cisplatina-etoposido ou cisplatina-vinorelbina) • Normalmente são administrados 2-4 ciclos de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Um tratamento combinado baseado em carboplatina pode ser escolhido se não existirem condições clínicas que permitam tolerar a quimioterapia • É provável que apresente mais efeitos secundários se a quimioterapia for concomitante com a radioterapia
	CPNPC Estádio III Ressecável	<ul style="list-style-type: none"> • Se o tumor for ressecável, a quimioterapia pode ser administrada antes da cirurgia como terapêutica de indução (quimioterapia \pm radioterapia) • Se a cirurgia for o primeiro tratamento e se houver disseminação para os gânglios linfáticos do peito poderá ser oferecida quimioterapia adjuvante 	
	CPNPC Estádio III Irressecável	<ul style="list-style-type: none"> • Concomitante com a radioterapia (preferencial) ou sequencialmente (antes da radioterapia) se o tratamento simultâneo não puder ser tolerado 	

Cáncer de pulmón de células no pequeñas

TRATAMIENTO	DOENTES	DETALHES DO TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Radioterapia	CPNPC Estádio III Ressecável	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser realizada após o tratamento cirúrgico em doentes que tiveram uma ressecção incompleta • Quando realizada pré-cirurgia, concomitante com a quimioterapia, pode ser administrada em doses convencionais ou num programa acelerado 	
	CPNPC Estádio III Irressecável	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser realizada em doses diárias convencionais como parte de uma quimiorradioterapia (até 7 semanas), ou sequencialmente (após a quimioterapia) num programa acelerado 	
Imunoterapia	CPNPC Estádio III Irressecável	<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento com durvalumab pode ser proposto se não houver progressão da doença após a quimiorradioterapia (PD-L1 em ≥1% das células tumorais) 	

CPNPC, cancro do pulmão não pequenas células: **PD-L1, programmed death-ligand 1**

Opções de tratamento para o CPNPC metastático (Estádio IV)

A quimioterapia é o principal tratamento do CPNPC metastático

O CPNPC **metastático** é geralmente considerado inoperável. A remoção completa do(s) tumor(es) é muito improvável e portanto, a cura não é possível. No entanto, existem intervenções cirúrgicas que podem aliviar os sintomas causados pela disseminação da doença para outras partes do corpo. Da mesma forma, a **radioterapia** pode ajudar a controlar os sintomas que surgem pela presença da doença em diferentes órgãos, incluindo o cérebro e os ossos (Planchard et al., 2018).

O **tratamento sistêmico** é o principal tratamento para o CPNPC em Estádio IV, cujos objetivos são melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência. Existem diferentes tipos de fármacos disponíveis e a escolha dos medicamentos mais adequados dependerá muito do seu estado de saúde geral e do seu tipo de **tumor** (Planchard et al., 2018).

A **quimioterapia intravenosa** com uma combinação de dois medicamentos é o principal tratamento para os doentes com CPNPC **metastático** cujas células **tumorais** não contêm alterações específicas dos **genes EGFR** ou **ALK** ou níveis elevados da proteína **PD-L1** (determinados por teste molecular usando uma **biópsia de tumor**). É provável que a **quimioterapia dupla** inclua um composto à **base de platina** mais **gemcitabina**, **vinorelbina** ou um **taxano**. Também se pode considerar adicionar **pemetrexed**, **bevacizumab** ou o agente de **imunoterapia pembrolizumab** nos casos de CPNPC não escamoso. Nos doentes com estado clínico mais frágil a **quimioterapia** em monoterapia com **gemcitabina**, **vinorelbina** ou **docetaxel** é outra opção de tratamento (Planchard et al., 2018).

Os doentes cujos **tumores** têm **mutações EGFR** ou **BRAF**, ou **rearranjos ALK** ou **ROS1**, devem ser tratados com terapias orais dirigidas – **terapêuticas alvo**. **Gefitinib**, **erlotinib**, **afatinib**, **osimertinib** ou **erlotinib** em combinação com **bevacizumab** são opções para os **tumores** com **mutação EGFR**. **Dabrafenib** em combinação com **trametinib** é recomendado para doentes com **tumores** que apresentam uma **mutação BRAF V600E**. **Crizotinib**, **ceritinib** ou **alectinib** são oferecidos a doentes que têm um **rearranjo** do **ALK**, e o crizotinib é recomendado para doentes com um **rearranjo ROS1** (Planchard et al., 2018).

Os doentes cujos **tumores** expressam níveis elevados de proteína **PD-L1** (determinados através da realização de testes moleculares utilizando uma **biópsia de tumor**) podem receber **imunoterapia** de **primeira linha** com **pembrolizumab** (Planchard et al., 2018).

Cáncer de pulmón de células no pequenas

Após 4-6 ciclos com **quimioterapia dupla**, o **tratamento de manutenção** com **pemetrexed** pode ser administrado aos doentes com **tumores** não escamosos com bom estado de saúde geral, para melhor controlo do **tumor**. O **erlotinib** pode ser oferecido como **tratamento de manutenção** nos doentes cujos **tumores** apresentam **mutações EGFR** (Planchard et al., 2018).

Podem ser oferecidas outras linhas de tratamento, dependendo do tratamento de **primeira linha** recebido e do estado de saúde geral do doente. As opções possíveis incluem: **quimioterapia** (**pemetrexed** ou **docetaxel**), **imunoterapia** (**nivolumab**, **pembrolizumab** ou **atezolizumab**), **terapia antiangiogénica** (**nintedanib** ou **ramucirumab**) em associação com **docetaxel** e **terapêuticas-alvo** (**afatinib** ou **erlotinib**). Os doentes cujos **tumores** apresentam **mutações** do **gene EGFR** que receberam tratamento de **primeira linha** com **erlotinib**, **gefitinib** ou **afatinib**, e quem têm uma **mutação** de resistência denominada **mutação T790M** confirmada, podem ser tratados com **osimertinib** em **segunda linha**. Os doentes com **mutação** V600E do **gene BRAF** confirmada que receberam tratamento de **primeira linha** com **dabrafenib** e **trametinib** podem ser tratados com **quimioterapia** de **segunda linha** à **base de platina**. **Tumores** com **rearranjos** do **gene ALK** que receberam tratamento de **primeira linha** com **crizotinib** podem ser tratados em **segunda linha** com **ceritinib**, **alectinib**, **brigatinib** ou **lorlatinib**. Doentes com **rearranjos** do **gene ROS1** que receberam tratamento em **primeira linha** com **crizotinib** podem ser tratados com **quimioterapia** à **base de platina** em **segunda linha** (Planchard et al., 2018).

Tratamento de CPNPC metastático (estádio IV) – resumo (Planchard et al., 2018)

TRATAMENTO	DOENTES	DETALHES DO TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Quimioterapia	<p>Tumores EGFR e ALK-negativo</p> <ul style="list-style-type: none"> Bom estado geral, sem contra-indicações 	<p>Primeira linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamento intravenoso à base de platina preferencial (combinação de 2 fármacos, incluindo cisplatina ou carboplatina + gemcitabina, vinorelbine ou um taxano) Pemetrexed pode ser incorporado no regime de tratamento em histologia não-escamosa 4-6 ciclos (podem ser oferecido tratamento de manutenção com pemetrexed em monoterapia após 4 ciclos) <p>Segunda linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pemetrexed (não escamoso) ou docetaxel 	<ul style="list-style-type: none"> A resposta ao tratamento à base de platina, a sua toxicidade e o estado geral do doente devem ser avaliados após o tratamento inicial aquando da decisão da instituição da terapêutica de manutenção Doentes com um estado geral debilitado não são adequados para tratamento com quimioterapia; melhor terapêutica de suporte é o único tratamento recomendado
	<ul style="list-style-type: none"> Doentes frágeis e idosos 	<p>Primeira linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regime baseado em carboplatina é preferencial; podem ser realizados tratamentos em monoterapia com gemcitabina, vinorelbina ou docetaxel 	
Terapêutica-alvo	Mutação EGFR	<p>Primeira linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gefitinib, erlotinib, afatinib ou osimertinib Erlotinib + bevacizumab <p>Segunda linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Osimertinib 	<ul style="list-style-type: none"> Como a maioria das terapias-alvo são geralmente bem toleradas, podem também ser oferecidas a doentes com um estado geral mais débil
	Mutação BRAF	<p>Primeira linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dabrafenib + trametinib 	
	Rearranjo ALK	<p>Primeira linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Crizotinib, ceritinib ou alectinib <p>Segunda linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ceritinib, alectinib, brigatinib ou lorlatinib se crizotinib em primeira linha 	
	Rearranjo ROS1	<p>Primeira linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Crizotinib 	
	Terapêutica-alvo em tumores sem alvos tratáveis	<p>Primeira linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bevacizumab intravenoso pode ser adicionado a um regime à base de platina (não escamoso) em doentes com boa condição geral <p>Segunda linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erlotinib, nintedanib + docetaxel (adenocarcinoma), ramucirumab + docetaxel, afatinib 	

Cáncer de pulmón de células no pequeñas

TRATAMIENTO	DOENTES	DETALHES DO TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Imunoterapia	<p>Tumores EGFR e ALK negativo</p> <ul style="list-style-type: none"> Bom estado geral, sem contra-indicações 	<p>Primeira linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pembrolizumab (em doentes com tumores fortemente positivo para PD-L1) Pembrolizumab em combinação com quimioterapia pemetrexed + platina (não escamoso) <p>Segunda linha:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivolumab, pembrolizumab ou atezolizumab (independentemente da expressão PD-L1) 	
Cirurgia	Pode ser usada para alívio de sintomas causados pela disseminação do cancro	Procedimentos minimamente invasivos podem ajudar, como por exemplo a colocação de uma prótese para alívio de obstrução das vias respiratórias	
Radioterapia	Pode ser usada para alívio de sintomas causados pela disseminação do cancro	<ul style="list-style-type: none"> A radioterapia pode controlar os sintomas causados por metástases ósseas e cerebrais Pode aliviar sintomas causados pela obstrução das vias respiratórias 	

ALK, anaplastic lymphoma kinase; EGFR, epidermal growth factor receptor, CPNPC, carcinoma pulmonar de não pequenas células; PD-L1, programmed death-ligand 1 ; CCE, carcinoma células escamosas

Doença oligometastática

Quando o cancro se disseminou para além do local onde se iniciou, mas não é amplamente **metastático**, denomina-se **doença oligometastática**. Se forem identificadas **oligometástases síncronas** no momento do diagnóstico, pode ser possível alcançar uma sobrevivência livre de doença prolongada após **quimioterapia** e um tratamento local radical, como a **radioterapia** de doses elevadas ou a cirurgia; a inclusão num **ensaio clínico** adequado pode ser aconselhada pelo seu médico (*Planchard et al., 2018*). Da mesma forma, se for identificado um número limitado de **oligometástases metacrónicas**, que aparecem após tratamento do **tumor primário**, pode ser proposto um tratamento om **radioterapia** em doses elevadas ou cirurgia (*Planchard et al., 2018*).

Ensaio Clínicos

O seu médico pode perguntar-lhe se gostaria de participar num **ensaio clínico**. Um ensaio clínico é um estudo de investigação conduzido com doentes com os seguintes objectivos (*ClinicalTrials.gov, 2017*):

- Testar novos tratamentos;
- Testar novas combinações de tratamentos pré-existentes ou alterar a forma como são administrados para torná-los mais eficazes ou reduzir os seus efeitos colaterais;
- Comparar a eficácia dos fármacos utilizados para um melhor controlo dos sintomas;
- Investigar o modo de actuação de determinados tratamentos contra o cancro.

Os **ensaios clínicos** ajudam a melhorar o conhecimento sobre o cancro e a desenvolver novos tratamentos, com a possibilidade de muitos benefícios na sua participação. O doente será sempre monitorizado cuidadosamente durante e após o estudo, e o novo tratamento pode oferecer benefícios comparativamente com as terapêuticas existentes. É importante salientar, no entanto, que alguns tratamentos em ensaio clínico podem não ser tão eficazes quanto os existentes ou ter efeitos colaterais que superem os benefícios (*ClinicalTrials.gov, 2017*).

Os ensaios clínicos ajudam a aumentar o conhecimento sobre as doenças e a desenvolver novos tratamentos – pode haver muitos benefícios ao participar

Vários novos medicamentos para o tratamento do CPNPC estão em a ser estudados em **ensaios clínicos**, incluindo **terapêuticas-alvo** e agentes de **imunoterapia**.

O **lorlatinib** é uma **terapêutica-alvo** que foi recentemente aprovada na Europa para o tratamento do CPNPC metastático **ALK**-positivo após tratamento com um ou mais inibidores do **gene ALK** (*EMA, 2019a*). O **dacomitinib** foi recentemente aprovado para o tratamento de **primeira linha** do CPNPC **localmente avançado** ou **metastático** com **mutações** de activação do **gene EGFR** (*EMA, 2019b*).

Os **ensaios clínicos** também investigam diferentes combinações de medicamentos existentes; por exemplo, o **atezolizumab** que é atualmente usado para o tratamento de **segunda linha** do CPNPC, recentemente mostrou ser promissor como **primeira linha** no tratamento de CPNPC **metastático** não escamoso em combinação com **quimioterapia** (*Cappuzzo et al., 2018*) e **bevacizumab** mais **quimioterapia** (*Socinski et al., 2018a*) e em CPNPC escamoso em combinação com **quimioterapia** (*Socinski et al., 2018b*). O **erlotinib** também se mostrou promissor como tratamento **neoadjuvante** no CPNPC **localmente avançado** com **mutação** no **gene EGFR** (*Zhong et al., 2018*).

O doente tem sempre o direito de aceitar ou recusar participar num **ensaio clínico** sem quaisquer consequências na qualidade do seu tratamento. Se não for feita a proposta de participação num **ensaio clínico** e o doente quiser saber mais sobre essa opção deve perguntar se há algum estudo a decorrer nas proximidades para o qual poderá ser elegível (*ClinicalTrials.gov, 2017*).

Intervenções complementares

Os doentes podem descobrir que as intervenções complementares os ajudam a lidar com o seu diagnóstico, tratamento e efeitos a longo-prazo do CPNPC

No decurso da doença, os tratamentos antitumorais devem ser complementados com intervenções que visam prevenir as complicações da própria doença e do tratamento, maximizando a qualidade de vida do doente. Essas intervenções, que devem ser todas coordenadas por uma **equipa multidisciplinar**, podem incluir **cuidados de suporte**, **cuidados paliativos**, de sobrevivência e de fim de vida (*Jordan et al., 2018*). Deve perguntar ao seu médico ou enfermeiro sobre a indicação e disponibilidade dessas abordagens; o doente e sua família podem receber apoio de várias fontes, como religioso, de um nutricionista, assistente social ou terapeuta ocupacional.

Cuidados de suporte

Os **cuidados de suporte** envolvem a gestão dos sintomas do cancro e dos efeitos secundários dos tratamentos. Existe uma gama de intervenções disponíveis que podem ajudar na gestão do CPNPC. Estas incluem agentes remodeladores de osso (por exemplo **ácido zoledrónico** e **denosumab**, usados para reduzir a ocorrência de fraturas frequentemente associadas à presença de **metástases** ósseas), os **stents/próteses** (para alívio de obstruções das vias aéreas que podem causar **dispneia**), não esquecendo do controlo da dor e suporte nutricional (*Planchard et al., 2018*). Geralmente, as **cuidados de suporte** precoce são recomendadas em paralelo aos tratamentos dirigidos à doença oncológica: pode melhorar a qualidade de vida e humor e diminuir a necessidade de tratamentos mais agressivos (*Planchard et al., 2018*).

Cuidados paliativos

Os **cuidados paliativos** são um termo usado para descrever as intervenções de cuidados na doença avançada, incluindo a gestão de sintomas, bem como medidas de apoio para lidar com o **prognóstico**, tomar decisões difíceis e de preparação dos cuidados de fim da vida. Os **cuidados paliativos** no cancro do pulmão avançado podem incluir o tratamento da dor, obstruções das vias aéreas e de escaras.

Apoio aos sobreviventes

O apoio aos doentes que sobrevivem ao cancro inclui apoio social, educação sobre a doença e reabilitação. Por exemplo, o apoio psicológico pode ajudar a lidar com preocupações ou medos. Os doentes costumam considerar que o apoio social é essencial para ajudar a lidar com o diagnóstico oncológico, com o tratamento e as consequências emocionais. Um plano de cuidados para sobreviventes pode ajudar na recuperação do bem-estar pessoal, profissional e social. Para mais informações e conselhos sobre esta temática, consulte o guia do paciente da ESMO (<https://www.esmo.org/for-patients/patient-guides/survivorship>).



Cuidados de fim de vida

Os cuidados de fim de vida nos doentes com cancro incurável concentram-se principalmente no conforto e em proporcionar o alívio dos sintomas físicos e psicológicos, como por exemplo a sedação **paliativa** - induzir a inconsciência pode aliviar dores intensas, **dispneia**, delírio ou convulsões (Cherny, 2014). As discussões sobre os cuidados no final da vida podem ser muito angustiantes, mas o apoio deve estar sempre disponível para o doente e sua família.

Quais são os possíveis efeitos secundários do tratamento?

Como acontece com qualquer tratamento médico, pode experimentar os efeitos secundários do seu tratamento oncológico. Os efeitos secundários mais comuns para cada tipo de tratamento são destacados abaixo, junto com algumas informações sobre como podem ser geridos. Pode experimentar outros efeitos secundários do que aqueles discutidos aqui pelo que é importante falar com médico assistente ou **enfermeiro especialista** sobre quaisquer efeitos que apresente.



Os médicos classificam os efeitos secundários de qualquer tratamento oncológico atribuindo a cada evento um 'grau', numa escala de 1–4, aumentando a gravidade. Em geral, os efeitos secundários de "grau" 1 são considerados ligeiros, 'grau' 2 moderados, 'grau' 3 graves e 'grau' 4 muito graves. No entanto, os critérios precisos usados para atribuir um 'grau' a um efeito específico variam dependendo do efeito secundário considerado. O objectivo é sempre identificar e resolver qualquer efeito secundário antes do seu agravamento, portanto, o doente deve sempre relatar qualquer sintoma preocupante o mais rápido possível.

É importante que fale com o seu médico sobre qualquer efeito secundário relacionado com o tratamento que o preocupe

A **fadiga** é muito comum nos doentes sob terapêutica oncológica e pode resultar da própria doença ou dos tratamentos. O médico ou enfermeiro podem fornecer estratégias para limitar o impacto da **fadiga**, incluindo dormir o suficiente, comer de forma saudável e manter-se ativo (*Cancer.Net, 2017*). Perda de apetite e perda de peso também podem surgir devido ao próprio tumor ou aos tratamentos. A perda de peso significativa, que implica a perda tanto de gordura como de músculo, pode levar à fraqueza, redução da mobilidade e perda de autonomia, bem como ansiedade e depressão (*Escamilla e Jarrett, 2016*). O médico pode referenciá-lo um nutricionista, que pode avaliar as suas necessidades nutricionais e aconselhar a dieta adequada bem como eventuais suplementos que possa necessitar.

Cirurgia

Os efeitos secundários após uma cirurgia oncológica variam dependendo da localização, do tipo da cirurgia e do seu estado de saúde geral (Cancer.Net, 2018). Os efeitos comuns após a **ressecção** pulmonar estão resumidos na tabela.

EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
Dor	A dor ou desconforto após cirurgia são frequentes e habitualmente controlados com medicação analgésica. Informar sempre o médico e enfermeiro se existir dor para poder ser tratado o mais precocemente possível (Cancer.Net, 2018).
Infeção	Ensino sobre medidas de redução do risco de infeção. Sinais de infeção incluem vermelhidão, calor, aumento da dor e exsudado no local da cicatriz. Contactar o médico ou enfermeiro se apresentar algum destes sinais (Cancer.Net, 2018)
Fuga de ar prolongada	É normal acontecer após uma ressecção pulmonar, mas se a duração for superior a 7 dias aumenta o risco de outras complicações. O cirurgião tomará medidas para minimizar o risco de fuga de ar prolongada (Ziarnik et al., 2015)
Pneumonia	O risco de pneumonia pode ser diminuído seguindo os conselhos médicos como por exemplo exercícios de fisioterapia (e.g. tosse), caminhadas e deambular o mais precocemente possível após a cirurgia e não fumar. Na presença de pneumonia , pode ser tratada com antibiótico (Ziarnik et al., 2015)

Efeitos secundários frequentes após uma cirurgia ao cancro do pulmão e sua abordagem

Radioterapia

Para alguns doentes a **radioterapia** causa poucos ou nenhum efeito secundário; para outros, os efeitos secundários podem ser graves. Os efeitos ocorrem porque a radioterapia pode danificar tecidos saudáveis próximos à área de tratamento. Os efeitos secundários irão depender da localização da área de tratamento, da dose de radiação e do seu estado geral de saúde. Normalmente, os efeitos secundários começam a aparecer após 2 ou 3 semanas de tratamento e desaparecem algumas semanas após o tratamento final (*Cancer.Net, 2016*).

EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
Agressão cutânea (e.g. desidratação, comichão, borbulhas, descamação)	Estos efectos secundarios generalmente desaparecen pocas semanas después de que el tratamiento haya terminado. Si los daños en la piel se convierten en un problema grave, su médico puede cambiar su plan de tratamiento (<i>Cancer.Net, 2016</i>)
Esofagite	Após 2-3 semanas de radioterapia ao tórax pode sentir dificuldade em deglutir, sensação de queimadura ou indigestão, causadas pela inflamação do esófago . O seu médico e enfermeiro podem aconselhar como gerir estes sintomas com eventual prescrição de fármacos (<i>Macmillan, 2015a</i>)
Pneumonite rádica (tosse, febre, opressão no peito)	Pode surgir nos doentes submetidos a radioterapia ao tórax. Geralmente aparece entre a 2ª semana e os 6 meses após a radioterapia , sendo frequentemente temporária. Informar o seu médico ou enfermeiro se apresentar algum dos sintomas (<i>Cancer.Net, 2016</i>)

*Efeitos secundários frequentes após **radioterapia** usada no tratamento do cancro do pulmão e sua abordagem*

Quimioterapia

Os efeitos secundários da **quimioterapia** variam de acordo com os medicamentos e as doses usadas – pode experienciar alguns dos sintomas enumerados abaixo, no entanto dificilmente sofrerá de todos. Os doentes que recebem uma combinação de diferentes fármacos de **quimioterapia** têm maior suscetibilidade de apresentar mais efeitos secundários do que aqueles que recebem **quimioterapia** em monoterapia. As principais áreas do corpo afetadas pela quimioterapia são aquelas onde as novas células apresentam uma elevada taxa de multiplicação (**medula óssea, folículos pilosos, sistema gastrointestinal** e revestimento da boca). A redução do número de **neutrófilos** (um tipo de glóbulo branco) pode levar à **neutropenia**, conduzindo a uma maior suscetibilidade a infeções. Alguns medicamentos de **quimioterapia** podem influenciar a fertilidade – se isto constitui uma preocupação para si, é importante que converse com o seu médico antes de iniciar o tratamento. A maioria dos efeitos secundários da **quimioterapia** são temporários e podem ser controlados com fármacos ou mudanças no estilo de vida – o seu médico ou enfermeiro ajudará no seu controlo (Macmillan, 2016).

QUIMIOTERAPIA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
Carboplatina (Macmillan, 2015b)	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Fadiga • Toxicidade hepática • Náuseas • Neutropenia • Obstipação • Toxicidade renal • Trombocitopenia • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, anemia ou trombocitopenia. O médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. • O seu médico ajudá-lo-á a prevenir e gerir náuseas, vômitos ou obstipação. • Fará exames antes e durante o tratamento para avaliar a função renal e hepática; será aconselhado a ingerir muitos líquidos para prevenir a deterioração da função renal.
Cisplatina (Macmillan, 2015c)	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações da função renal • Alteração do paladar • Anemia • Anorexia • Aumento do risco de trombose • Diminuição da fertilidade • Diarreia • Fadiga • Náuseas/vômitos • Neuropatia periférica • Neutropenia • Trombocitopenia • Zumbidos / alteração da audição 	<ul style="list-style-type: none"> • O número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, anemia ou trombocitopenia – o médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. • Os efeitos no sistema gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia ou alteração do paladar) podem provocar perda de apetite (anorexia). O seu médico ajudá-lo-á a prevenir e a gerir essas queixas. • Reporte qualquer sinal de neuropatia periférica (formigues ou dormência nas mãos ou pés) para o seu médico o ajudar a controlar este efeito secundário. • Fará exames antes e durante o tratamento para avaliar a função renal e hepática; será aconselhado a ingerir muitos líquidos para prevenir a deterioração da função renal. • Avisar o seu médico se detetar alterações na audição ou zumbidos; geralmente são queixas temporárias, no entanto podem se tornar permanentes em alguns casos.

QUIMIOTERAPIA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
<p>Docetaxel (Taxotere SPC, 2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alopecia • Anemia • Anorexia • Astenia • Diarreia • Edema • Estomatite • Náuseas • Neuropatia periférica • Neutropenia • Reações cutâneas • Trombocitopenia • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, anemia ou trombocitopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. Reporte se tiver febre, uma vez que pode ser um sinal de infeção. • Reporte qualquer sinal de neuropatia periférica (formigueiro ou dormência nas mãos ou pés) para o seu médico o ajudar a gerir este efeito secundário. • Os efeitos no sistema gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia) e estomatite podem provocar perda de apetite (anorexia) ou fraqueza (astenia). O seu médico ajudá-lo-á a prevenir e a gerir essas queixas. • Informe o seu médico se sentir alguma reação cutânea ou inchaço (edema), de forma a obter ajuda para o seu controlo. • A alopécia pode ser perturbadora para muitos doentes; o seu médico irá informá-lo sobre como lidar com este efeito secundário. Alguns hospitais podem ter disponível touca fria para reduzir a queda de cabelo.
<p>Etoposido (Vepesid SPC, 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alopecia • Alterações da função hepática • Anemia • Anorexia • Astenia • Leucopenia • Náuseas • Neutropenia • Obstipação • Trombocitopenia • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, anemia, trombocitopenia ou leucopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. • Os efeitos no sistema gastrointestinal (obstipação, náuseas, vômitos) podem provocar perda de apetite (anorexia) ou fraqueza (astenia). O seu médico ajudá-lo-á a prevenir e a gerir essas queixas. • Fará exames antes e durante o tratamento para avaliar a função hepática. • A alopécia pode ser perturbadora para muitos doentes; o seu médico irá informá-lo sobre como lidar com este efeito secundário. Alguns hospitais podem ter disponível touca fria para reduzir a queda de cabelo.

QUIMIOTERAPIA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
<p>nab-Paclitaxel (Abraxane SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alopecia • Anemia • Anorexia • Artralgia • Astenia • Diarreia • Erupção cutânea • Estomatite • Fadiga • Febre • Leucopenia • Linfopenia • Mialgias • Náuseas • Neutropenia • Neuropatia periférica • Obstipação • Trombocitopenia • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, anemia, leucopenia, trombocitopenia ou linfopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. Reporte se tiver febre, uma vez que pode ser um sinal de infeção. • Os efeitos no sistema gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, estomatite) podem provocar perda de apetite (anorexia) ou fraqueza (astenia). O seu médico ajudá-lo-á a prevenir e a gerir essas queixas. • Informe o seu médico se sentir artalgias, mialgias ou erupção cutânea de forma a obter ajuda para o seu controlo. • Reporte qualquer sinal de neuropatia periférica (formigueiro ou dormência nas mãos ou pés) para o seu médico o ajudar a gerir este efeito secundário. • A alopécia pode ser perturbadora para muitos doentes; o seu médico irá informá-lo sobre como lidar com este efeito secundário. Alguns hospitais podem ter disponível touca fria para reduzir a queda de cabelo.
<p>Paclitaxel (Paclitaxel SPC, 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alopecia • Anemia • Artralgia • Diarreia • Distúrbios das unhas • Hipotensão arterial • Leucopenia • Mialgias • Mucosite • Náuseas • Neuropatia periférica • Neutropenia • Reações de hipersensibilidade • Trombocitopenia • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, anemia, leucopenia ou trombocitopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. Reporte se tiver febre, uma vez que pode ser um sinal de infeção. Informe sobre qualquer hemorragia prolongada ou incomum porque pode ser um sinal de trombocitopenia. • Informe o seu médico sobre qualquer queixa gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia) de forma a que o possam ajudar a prevenir ou a gerir estes efeitos secundários. • Para prevenir e tratar a estomatite/mucosite, pode manter boa higiene oral usando um elixir bucal e pasta de dentes suave. Para estomatite mais grave (grau 2 e superior), poderá ser necessário reduzir a dose ou adiar o tratamento até à sua resolução. • Informe sobre qualquer sinal de neuropatia periférica para ser ajudado a gerir este efeito. • Informe o seu médico se tiver queixas de artalgias, mialgias ou erupção cutânea para que o seu médico o possa ajudar a gerir estes efeitos secundários. • A alopécia pode ser perturbadora para muitos doentes; o seu médico irá informá-lo sobre como lidar com este efeito secundário. Alguns hospitais podem ter disponível touca fria para reduzir a queda de cabelo.

QUIMIOTERAPIA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
<p>Pemetrexed (Alimta SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Anorexia • Erupção cutânea • Estomatite • Fadiga • Faringite • Leucopenia • Náuseas • Neutropenia 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, anemia ou leucopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. • Os efeitos no sistema gastrointestinal (estomatite, faringite, náuseas) podem provocar perda de apetite (anorexia). O seu médico ajudá-lo-á a prevenir e a gerir essas queixas. • Informe o seu médico sobre o aparecimento de erupções cutâneas.
<p>Vinorelbina (Vinorelbine SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alopécia • Alterações neurológicas • Anemia • Erupções cutâneas • Esofagite • Estomatite • Náuseas • Neutropenia • Obstipação • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia ou anemia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. • Reporte qualquer alteração neurológica (ex: perda de reflexos, fraqueza das pernas e pés) ao seu médico, que decidirá como controlar estes efeitos secundários. • Informe o seu médico sobre qualquer queixa gastrointestinal (estomatite, náuseas, vômitos, obstipação, esofagite) de forma a que o possam ajudar a prevenir ou a gerir estes efeitos secundários. • Informe o seu médico se sentir alguma queimadura ou alterações na pele no local de infusão. • A alopécia pode ser perturbadora para muitos doentes; o seu médico irá informá-lo sobre como lidar com este efeito secundário. Alguns hospitais podem ter disponível touca fria para reduzir a queda de cabelo.

Efeitos secundários importantes da quimioterapia (usados como fármacos únicos) no tratamento do CPNPC.

O resumo mais recente das características do produto para os medicamentos individuais pode ser consultado em:

<http://www.ema.europa.eu/ema/>

Terapêuticas-alvo e agentes antiangiogénicos

Os efeitos secundários mais comuns nos doentes tratados com **terapêutica-alvo** ou **antiangiogénicas** incluem efeitos no **sistema gastrointestinal** (por exemplo, diarreia, vômitos, náuseas), problemas de pele (por exemplo, erupções cutâneas, pele seca, alterações das unhas) e **hipertensão**. Muitos destes efeitos secundários podem ser prevenidos ou geridos de forma eficaz. Informe sempre o seu médico ou enfermeiro de quaisquer efeitos secundários.

TERAPÊUTICA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
Afatinib (Giotrif SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none">• Alterações das unhas• Diarreia• Diminuição do apetite• Epistaxis• Estomatite• Náuseas• Reações cutâneas (rash, acne, pele seca, comichão)• Vômitos	<ul style="list-style-type: none">• Os efeitos no sistema gastrointestinal (diarreia, náuseas, vômitos, estomatite) podem resultar em perda de apetite (anorexia). O seu médico será capaz de ajudá-lo a prevenir ou gerir estes efeitos.• Informe o seu médico se experienciar epistaxis (sangramento no nariz).• Reporte quaisquer reações cutâneas ou alterações nas unhas para que o seu médico o possa ajudar.
Alectinib (Alecensa SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none">• Edema• Mialgias• Náuseas• Obstipação	<ul style="list-style-type: none">• Informe sobre queixas de náuseas ou obstipação para que o seu médico o possa ajudar a gerir ou a prevenir estes efeitos secundários.• Informe o seu médico se desenvolver algum edema (retenção de líquidos) ou mialgias (dores musculares).

TERAPÊUTICA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
<p>Bevacizumab (Avastin SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia • Artralgias • Diarreia • Dificuldade na cicatrização de feridas • Disartria • Disgeusia • Dispneia • Distúrbios hemorrágicos • Dor de cabeça • Estomatite • Fadiga • Hipertensão • Leucopenia • Náuseas • Neuropatia periférica • Neutropenia • Obstipação • Olhos chorosos • Reações cutâneas • Rinite • Trombocitopenia • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, leucopenia ou trombocitopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. • Reporte qualquer sinal de neuropatia periférica (formigamento ou dormência nas mãos ou pés) para o seu médico o ajudar a gerir este efeito secundário. • O tratamento pode eventualmente ser adiado até que as feridas tenham curado satisfatoriamente. • A sua tensão arterial será monitorizada durante todo o tratamento e qualquer hipertensão será gerida adequadamente. • Os efeitos no sistema gastrointestinal (estomatite, obstipação, diarreia, náuseas e vômitos) e a disgeusia podem provocar perda de apetite (anorexia). O seu médico ajudá-lo-á a prevenir e a gerir essas queixas. • Informe o seu médico se desenvolver alguma reação cutânea (por exemplo, erupção cutânea, pele seca, descoloração). • Reportar quaisquer efeitos secundários, incluindo alterações na visão, dispneia (falta de ar), disartria (dificuldade com a fala), artralgias (dor nas articulações) ou dor de cabeça para o seu médico o poder ajudar.
<p>Ceritinib (Zykadia SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações na função hepática • Anemia • Diarreia • Diminuição do apetite • Dispepsia, refluxo gastro-esofágico, disfagia • Erupção cutânea • Fadiga • Náuseas • Obstipação • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar anemia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados. • Avaliação analítica periódica da função hepática. • Informe sobre queixas de diarreia, náuseas, vômitos, obstipação, indigestão, azia ou dificuldades na deglutição para que o seu médico o possa ajudar a gerir ou a prevenir estes efeitos secundários. • Informe o seu médico se desenvolver alguma reação cutânea.

Câncer de pulmão de células no pequenas

TERAPÊUTICA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
Crizotinib (Xalkori SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações da função hepática • Anemia • Bradycardia • Diarreia • Dificuldades na visão • Disgeusia • Edema • Erupção cutânea • Fadiga • Leucopenia • Náuseas • Neuropatia periférica • Neutropenia • Obstipação • Tonturas • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, anemia ou leucopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. • Reporte qualquer sinal de neuropatia periférica (formigueiro ou dormência nas mãos ou pés) para o seu médico o ajudar a gerir este efeito secundário. • Avaliação analítica periódica da função hepática. • Informe sobre queixas de diarreia, náuseas, vômitos, obstipação ou alterações de sabor (disgeusia) para que o seu médico o possa ajudar a gerir ou a prevenir estes efeitos secundários. • Informe o seu médico se desenvolver queixas oculares, tonturas, edema (retenção de líquidos) ou erupção cutânea.
Dabrafenib^a (Tafinlar SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal • Alterações na função hepática • Artralgia • Astenia • Hemorragia • Calafrios • Diarreia • Diminuição do apetite • Dor de cabeça • Edema • Erupção cutânea • Dor nas extremidades • Espasmos musculares • Fadiga • Febre • Hipertensão • Mialgia • Nasofaringite • Náuseas • Obstipação • Pele seca • Prurido • Sintomas semelhantes à gripe • Tonturas • Tosse • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Os efeitos no sistema gastrointestinal (diarreia, obstipação, dor abdominal, náuseas, vômitos) podem resultar em perda de apetite (anorexia) e astenia (fraqueza). O seu médico poderá ajudá-lo a prevenir ou gerir estes efeitos. • Avaliação analítica periódica da função hepática. • A sua tensão arterial será monitorizada durante todo o tratamento. • Deve informar o seu médico se houver hemorragia (a sua medicação pode precisar de ser ajustada). • Informe o seu médico se desenvolver reações cutâneas (por exemplo erupções cutâneas, pele seca, comichão). • Informe o seu médico se tiver sintomas semelhantes à gripe, incluindo fadiga, nasofaringite, calafrios ou febre. • Relatar quaisquer outros efeitos secundários, incluindo tosse, espasmos musculares, artralgias (articulações dolorosas), mialgias (dor muscular), edema, dor de cabeça ou tonturas.

Continua por cima

TERAPÊUTICA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
<p>Erlotinib (Tarceva SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia • Aumento do risco de infecção • Conjuntivite • Diarreia • Dispneia • Erupção cutânea • Estomatite • Fadiga • Náuseas • Olhos secos • Tosse • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu médico irá aconselhá-lo sobre como prevenir infecções. • Os efeitos no sistema gastrointestinal (diarreia, náuseas, vômitos, estomatite) podem resultar em perda de apetite (anorexia). • Informe o seu médico se desenvolver algum problema ocular (por exemplo, olhos secos, conjuntivite), dispneia (falta de ar) ou tosse ou erupção cutânea – o seu médico irá ajudá-lo a gerir estes efeitos secundários.
<p>Gefitinib (Iressa SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações da função hepática • Anorexia • Astenia • Diarreia • Reações cutâneas 	<ul style="list-style-type: none"> • A diarreia pode resultar em perda de apetite (anorexia) e astenia (fraqueza). O seu médico poderá ajudá-lo a prevenir ou a gerir estes efeitos secundários. • Avaliação analítica periódica da função hepática. • Informe o seu médico se desenvolver reações cutâneas (por exemplo, erupções cutâneas, acne, pele seca, comichão).
<p>Nintedanib^a (Vargatef SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações da função hepática • Diarreia • Erupção cutânea • Estomatite • Mucosite • Náuseas • Neuropatia periférica • Neutropenia • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infecções. • Reporte qualquer sinal de neuropatia periférica (formigameiro ou dormência nas mãos ou pés) para o seu médico o ajudar a gerir este efeito secundário. • Informe se apresentar queixas de diarreia, náuseas, vômitos, mucosite – o seu médico irá ajudá-lo a prevenir ou a gerir estes efeitos secundários. • Avaliação analítica periódica da função hepática. • Informe o seu médico se desenvolver alguma erupção cutânea.
<p>Osimertinib (Tagrisso SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações das unhas • Diarreia • Estomatite • Leucopenia • Neutropenia • Reações cutâneas (erupção cutânea, seca pele, comichão) • Trombocitopenia 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, leucopenia ou trombocitopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infecções. • Se tiver queixas de diarreia ou alterações na mucosa oral deve informar o seu médico para que o possa ajudar a prevenir ou a gerir estes efeitos. • Informe o seu médico se desenvolver alguma erupção cutânea ou alteração ungueal.

TERAPÊUTICA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	COMO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS PODEM SER CONTROLADOS
Ramucirumab^a (Cyramza SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Edema • Epistáxis • Estomatite • Fadiga/astenia • Hipertensão • Neutropenia • Trombocitopenia 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia ou trombocitopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. • A sua tensão arterial será monitorizada durante todo o tratamento e qualquer hipertensão será gerida adequadamente. • Informe o seu médico se sentir dor na mucosa oral e lábios, bem como edema - o seu médico será capaz de ajudá-lo a gerir estes efeitos secundários.
Trametinib^a (Mekinist SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações da função hepática • Artralgias • Astenia • Calafrios • Diarreia • Diminuição do apetite • Dor abdominal • Dor de cabeça • Dor nas extremidades • Edema • Erupção cutânea • Espasmos musculares • Fadiga • Febre • Hemorragia • Hipertensão • Mialgias • Nasofaringite • Náuseas • Obstipação • Pele seca • Prurido • Sintomas semelhantes à gripe • Tonturas • Tosse • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Os efeitos no sistema gastrointestinal (diarreia, obstipação, dor abdominal, náuseas, vômitos) podem resultar em perda de apetite (anorexia) e astenia (fraqueza). O seu médico poderá ajudá-lo a prevenir ou gerir estes efeitos. • Avaliação analítica periódica da função hepática. • A sua tensão arterial será monitorizada durante todo o tratamento e qualquer hipertensão será gerida adequadamente. • Deve informar o seu médico se houver hemorragia (a sua medicação pode precisar de ser ajustada). • Informe o seu médico se desenvolver reações cutâneas (por exemplo, erupções cutâneas, pele seca, comichão). • Informe o seu médico se tiver sintomas semelhantes à gripe, incluindo fadiga, nasofaringite, calafrios ou febre. • Reportar quaisquer outros efeitos secundários, incluindo tosse, espasmos musculares, artralgias (articulações dolorosas), mialgias (dor muscular), edema, dor de cabeça ou tonturas – o seu médico vai ajudá-lo a gerir estes efeitos secundários.

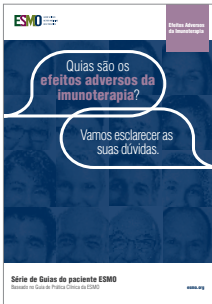
Efeitos secundários importantes com terapêutica-alvo e antiangiogénica no tratamento do CPNPC.

O resumo mais recente das características dos fármacos individuais pode ser pesquisado em: <http://www.ema.europa.eu/ema>.

^aEm combinação com a **quimioterapia docetaxel**; ^bEm combinação com **trametinib**; ^cEm combinação com **dabrafenib**.

Imunoterapias

Os efeitos secundários mais comuns em doentes tratados com **imunoterapia** incluem as alterações cutâneas (por exemplo, erupções cutâneas ou **prurido**) e no **sistema gastrointestinal** (por exemplo, diarreia ou náuseas). Muitos dos efeitos secundários da **imunoterapia** podem ser prevenidos ou geridos de forma eficaz, pelo que deve sempre informar o seu médico ou enfermeiro de qualquer sintoma secundário à administração de **imunoterapia** o mais rápido possível.



Para mais informações e conselhos sobre os efeitos secundários da **imunoterapia**, consulte o Guia da ESMO sobre os efeitos secundários relacionados com a imunoterapia e a sua gestão (www.esmo.org/content/download/812364/19119490/1/PT-Efeitos-Adversos-Relacionado-com-a-Imunoterapia-Guia-para-o-Doente.pdf).

IMUNOTERAPIA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	CÓMO PUEDEN CONTROLARSE LOS EFECTOS SECUNDARIOS
Atezolizumab (Tecentriq SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> ● Artralgia ● Astenia ● Diarreia ● Diminuição do apetite ● Dispneia ● Dor nas costas ● Erupção cutânea ● Fadiga ● Febre ● Infecção urinária ● Náuseas ● Prurido ● Tosse ● Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Os efeitos no sistema gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia, alterações de sabor) podem resultar em perda de apetite e astenia. O seu médico poderá ajudá-lo a prevenir ou gerir estes efeitos. ● Informe o seu médico se sentir agravamento da dispneia ou tosse, dor articular, comichão ou desenvolver uma erupção cutânea.
Durvalumab (Imfinzi SPC, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> ● Diarreia ● Dor abdominal ● Erupção cutânea ● Febre ● Hipotireoidismo ● Infecção respiratória alta ● Pneumonia ● Prurido ● Tosse 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informe o seu médico se tiver queixas respiratórias. ● Avaliação analítica periódica da função tiroideia. ● O seu médico poderá ajudá-lo a prevenir ou gerir qualquer queixa de diarreia ou náuseas. ● Informe o seu médico se sentir erupção cutânea ou comichão para que o possa ajudar a gerir estes efeitos

IMUNOTERAPIA	EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS	CÓMO PUEDEN CONTROLARSE LOS EFECTOS SECUNDARIOS
<p>Nivolumab (Opdivo SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações iónicas (hipercalcemia, hipocalcemia e hipercaliemia, hipomagnesemia, hiponatremia) • Alterações na função hepática • Anemia • Diarreia • Erupção cutânea • Fadiga • Leucopenia • Linfopenia • Náuseas • Neutropenia • Prurido • Trombocitopenia 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu número de células sanguíneas será monitorizado frequentemente ao longo do seu tratamento para detetar neutropenia, linfopenia, leucopenia, anemia ou trombocitopenia – o seu médico ajustará o seu tratamento de acordo com esses resultados e aconselhará como prevenir infeções. • Avaliação analítica periódica da função hepática. • O seu médico poderá ajudá-lo a prevenir ou gerir qualquer queixa de diarreia ou náuseas. • Os parâmetros iónicos serão avaliados durante o tratamento, que poderá ser adaptado de acordo com quaisquer alterações. • Informe o seu médico se sentir erupção cutânea ou comichão para que ele o possa ajudar a gerir estes efeitos.
<p>Pembrolizumab (Keytruda SPC, 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Artralgia • Diarreia • Erupção cutânea • Fadiga • Náuseas • Prurido 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu médico será capaz de ajudá-lo a prevenir ou gerir qualquer queixa de diarreia ou náuseas. • Informe o seu médico se sentir erupção cutânea ou dores articulares para que o seu médico o possa ajudar a gerir estes efeitos secundários.

Efeitos secundários importantes com imunoterapia no tratamento do CPNPC. As características dos medicamentos individuais podem ser localizadas em: <http://www.ema.europa.eu/ema>.

O que acontece depois do meu tratamento terminar?

Consultas de seguimento

O doente poderá expor qualquer preocupação que tenha nas suas consultas de seguimento

Depois do seu tratamento ter terminado, o seu médico irá agendar consultas de seguimento, com realização de **radiografias** de tórax e/ou **TC** com regularidade para verificar se não existem mais **tumores**. O seu médico também irá avaliar a presença de complicações ou efeitos secundários relacionados com os tratamentos (cirurgia, **radioterapia** e/ou **tratamento sistémico**). A frequência destas consultas será adaptada à sua situação e ao tratamento que recebeu (*Postmus et al., 2017; Planchard et al., 2018*).

Recomendações

- Após cirurgia do CPNPC em estágio I-III, o doente deve ser visto a cada 6 meses durante os primeiros 2 anos e posteriormente anualmente (*Postmus et al., 2017*).
- É possível que realize uma **TC** a cada 6 meses, especialmente se for considerado elegível para terapêutica de resgate caso surja alguma complicação (*Postmus et al., 2017*).
- Após o tratamento para a doença **metastática**, em função da sua idoneidade para continuar o tratamento, o seu médico irá vê-lo a cada 6-12 semanas para que o tratamento de **segunda linha** possa ser iniciado rapidamente, se necessário (*Planchard et al., 2018*).
- Se tiver feito **terapêutica multimodal** para o CPNPC em estágio III é provável que realize exames cerebrais para monitorizar o desenvolvimento de **metástases** cerebrais, para as quais poderá ser-lhe oferecido tratamento dirigido (*Eberhardt et al., 2015*).

E se precisar de mais tratamentos?

O reaparecimento da doença oncológica é chamado de **recidiva**. O tratamento que lhe será oferecido depende da extensão da **recidiva**. Se esta ocorrer num único local, pode ser-lhe oferecido um tratamento local como a remoção cirúrgica ou **radioterapia**. No entanto, esta abordagem é limitada a um grupo muito pequeno de doentes. Os **tumores recidivantes** são considerados normalmente cancros **metastáticos**, pelo que o tratamento sistémico como a **quimioterapia**, **terapêuticas-alvo** ou **imunoterapia** podem ser uma opção terapêutica para alguns doentes (ver secção 'Opções de tratamento para o CPNPC metastático (Estádio IV)' para obter mais informações).

Em alguns casos poderá ser realizada uma nova **biópsia do tumor**, uma vez que pode resultar numa alteração da decisão do tratamento a administrar. Isto pode ser particularmente verdade quando o doente permaneceu livre de doença por algum tempo após a cirurgia. Quando disponível, os doentes com CPNPC com **mutação** ativadora no **gene EGFR** que foram tratados previamente devem realizar uma **biópsia líquida** para detetar a presença da **mutação** de resistência denominada **T790M**. A **biópsia líquida** corresponde a uma pequena amostra de sangue para análise. A re-**biópsia** pode ser útil para diferenciar entre **recidiva** da doença e aparecimento de um novo **tumor pulmonar primário** (se a **recidiva** for documentada no pulmão), para determinar o tipo de **tumor** ou para repetir o teste de **mutação do gene EGFR** no carcinoma não escamoso (Plancharde et al., 2018).

Tomar conta da sua saúde

Depois de ter feito tratamento para o CPNPC pode sentir-se muito cansado e emotivo. É importante que cuide bem de si mesmo e que obtenha o apoio que necessita.

- **Pare de fumar:** Se fuma, é importante deixar de fumar o mais rápido possível para reduzir o risco de **recidiva** da doença (Postmus et al., 2017; Plancharde et al., 2018). O seu médico ou enfermeiro podem ajudá-lo.
- **Descanse bastante quando precisar:** Dê ao seu corpo tempo para se recuperar e certifique-se de que descansa. Algumas terapêuticas complementares, como a aromaterapia, podem ajudá-lo a relaxar e lidar melhor com os efeitos secundários. O seu hospital pode oferecer terapêuticas complementares; pergunte ao seu médico.
- **Coma bem e mantenha-se ativo:** uma dieta saudável e manter-se ativo pode ajudar a melhorar a sua forma física. É importante começar devagar, com passeios suaves e intensificar o exercício à medida que e começa a sentir melhor.

As seguintes oito recomendações formam uma boa base para um estilo de vida saudável após o cancro (Wolin et al., 2013):

- Não fume.
- Evite o fumo passivo.
- Faça exercício regularmente.
- Evite o aumento de peso.
- Faça uma dieta saudável.
- Beba álcool com moderação (ou não beba).
- Mantenha-se em contacto com amigos, familiares e outros sobreviventes de cancro.
- Realize exames regulares de vigilância e rastreio.

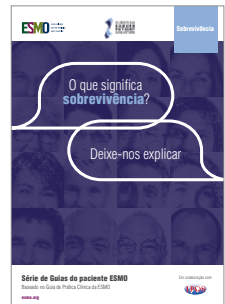
Um estilo de vida saudável e ativo irá ajudar na sua recuperação física e mental

O exercício regular é uma parte importante de um estilo de vida saudável e ajuda a manter-se fisicamente em forma e a evitar o excesso de peso. Os estudos têm demonstrado que o exercício programado pode melhorar a **fadiga** e o bem-estar em doentes com cancro do pulmão **irressecável** (Wiskemann et al., 2018). É muito importante que ouça as recomendações do seu médico ou enfermeiro e que fale com eles sobre quaisquer dificuldades que tenha com o exercício.

Suporte emocional

É normal que se sinta sobrecarregado pelos seus sentimentos aquando do diagnóstico do cancro e no decurso do seu tratamento da sua doença. Se se sentir ansioso ou deprimido, fale com o seu médico ou enfermeiro – eles podem referenciá-lo a um profissional especializado, como um psicólogo, que tem experiência no apoio de pessoas com cancro. Também pode ajudar juntar-se a um grupo de apoio para que possa falar com outras pessoas que compreendem exatamente o que está a passar.

Para mais informações e conselhos sobre como recuperar após o tratamento do cancro, ver o guia para doentes da ESMO sobre sobrevivência (www.esmo.org/for-patients/patient-guides/survivorship).



Grupos de apoio

Na Europa existem alguns grupos de apoio a doentes com cancro do pulmão, que ajudam os doentes e as suas famílias a encarar as questões inerentes a este tipo de cancro. Os grupos podem ser locais, nacionais ou internacionais e trabalham para garantir que os doentes recebam cuidados e educação apropriados e oportunos. Estes grupos podem ainda fornecer as ferramentas que precisa para ajudá-lo a compreender melhor a sua doença e aprender a lidar com ela, de forma a garantir a melhor qualidade de vida possível.

É possível aceder a informações das seguintes organizações:

- **Global Lung Cancer Coalition (GLCC):** www.lungcancercoalition.org
- **Lung Cancer Europe (LuCE):** www.lungcancereurope.eu
- **Livros educacionais da Women Against Lung Cancer in Europe (WALCE):** www.womenagainstlungcancer.eu/?lang=en

Referências

- Bailey-Wilson JE, Amos CI, Pinney SM, *et al.* A major lung cancer susceptibility locus maps to chromosome 6q23-25. *Am J Hum Genet* 2004;75(3):460–474.
- Cancer.Net. 2016. Side effects of radiation therapy. Available from: <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/radiation-therapy/side-effects-radiation-therapy>. Accessed 20th November 2018.
- Cancer.Net. 2017. Fatigue. Available from: <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/side-effects/fatigue>. Accessed 20th November 2018.
- Cancer.Net. 2018. Side effects of surgery. Available from: <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/howcancer-treated/surgery/side-effects-surgery>. Accessed 20th November 2018.
- Cappuzzo F, McCleod M, Hussein M, *et al.* IMpower130: Progression-free survival (PFS) and safety analysis from a randomised phase III study of carboplatin + nab-paclitaxel (CnP) with or without atezolizumab (atezo) as first-line (1L) therapy in advanced non-squamous NSCLC. *Ann Oncol* 2018;29(suppl 8):abstr LBA53.
- Cherny NI; ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol* 2014;25(Suppl 3):iii143–iii152.
- ClinicalTrials.gov. 2017. Learn about clinical studies. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/about-studies/learn>. Accessed 20th November 2018.
- De Koning H, Van Der Aalst C, Ten Haaf K, *et al.* Effects of volume CT lung cancer screening: Mortality results of the NELSON randomized-controlled population based trial. 2018 World Conference on Lung Cancer. Abstract PLO2.05.
- Eberhardt WEE, De Ruyscher D, Weder W, *et al.* 2nd ESMO Consensus Conference in Lung Cancer: locally advanced stage III non-small-cell lung cancer. *Ann Oncol* 2015;26:1573–1588.
- Escamilla DM and Jarrett P. The impact of weight loss on patients with cancer. *Nurs Times* 2016;112(11):20–22.
- European Medicines Agency (EMA). 2019a. Summary of opinion (initial authorisation): Lorviqua (lorlatinib). Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/summaries-opinion/lorviqua>. Accessed 11th March 2019.
- European Medicines Agency (EMA). 2019b. Summary of opinion (initial authorisation): Vizimpro (dacomitinib). Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/summaries-opinion/vizimpro>. Accessed 11th March 2019.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, *et al.* Global cancer observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer 2018. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>. Accessed 20th November 2018.
- Jordan K, Aapro M, Kaasa S, *et al.* European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 2018;29(1):36–43.
- Macmillan. 2016. Possible side effects of chemotherapy. Available from: <http://www.macmillan.org.uk/information-and-support/lung-cancer/non-small-cell-lung-cancer/treating/chemotherapy/side-effects-ofchemotherapy/possible-side-effects.html>. Accessed 20th November 2018.

- Macmillan. 2015a. Possible side effects of radiotherapy. Available from: <http://www.macmillan.org.uk/information-and-support/lung-cancer/non-small-cell-lung-cancer/treating/radiotherapy/radiotherapyexplained/possible-side-effects.html#236381>. Accessed 20th November 2018.
- Macmillan. 2015b. Carboplatin. Available from: <https://www.macmillan.org.uk/cancerinformation/cancertreatment/treatmenttypes/chemotherapy/individualdrugs/carboplatin.aspx>. Accessed 20th November 2018.
- Macmillan. 2015c. Cisplatin. Available from: <https://www.macmillan.org.uk/cancerinformation/cancertreatment/treatmenttypes/chemotherapy/individualdrugs/cisplatin.aspx>. Accessed 20th November 2018.
- Malvezzi M, Carioli G, Bertuccio P, *et al*. European cancer mortality predictions for the year 2016 with focus on leukaemias. *Ann Oncol* 2016;27(4):725–731.
- Novello S, Barlesi F, Califano R, *et al*. Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016;27(Suppl 5):v1–v27.
- Planchard D, Popat S, Kerr K, *et al*. Metastatic non-small cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 5):iv192–iv237.
- Postmus PE, Kerr KM, Oudkerk M, *et al*. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017;28(Suppl 4):iv1–iv21.
- Socinski MA, Jotte RM, Cappuzzo F, *et al*. Atezolizumab for first-line treatment of metastatic nonsquamous NSCLC. *N Engl J Med* 2018a;378(24):2288–2301.
- Socinski MA, Rittmeyer A, Shapovalov D, *et al*. IMpower131: Progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) analysis of a randomised phase III study of atezolizumab + carboplatin + paclitaxel or nab-paclitaxel vs carboplatin + nab-paclitaxel in 1L advanced squamous NSCLC. *Ann Oncol* 2018b;29(suppl 8):abstr LBA65.
- Torre LA, Bray F, Siegel RL, *et al*. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015;65:87–108.
- Wiskemann J, Titz C, Schmidt M, *et al*. Effects of physical exercise in non-operable lung cancer patients undergoing palliative treatment. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 8):Abstr 1480P.
- Wolin KY, Dart H, Colditz GA. Eight ways to stay healthy after cancer: an evidence-based message. *Cancer Causes Control* 2013;24(5):827–837.
- Zhong W-Z, Wu Y-L, Chen K-N, *et al*. CTONG 1103: Erlotinib versus gemcitabine plus cisplatin as neo-adjuvant treatment for stage IIIA-N2 EGFR-mutation non-small cell lung cancer (EMERGING): A randomised study. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 8):Abstr LBA48.
- Ziarnik E, Grogan EL. Post-lobectomy early complications. *Thorac Surg Clin* 2015;25(3):355–364.

GLOSSÁRIO

ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

Um tipo de bifosfonato utilizado para tratar cânceros que se espalharam para o osso

ADENOCARCINOMA

O tipo mais comum de cancro do pulmão; desenvolve-se a partir das células produtoras de muco que revestem as vias aéreas

ADJUVANTE (TRATAMENTO)

Tratamento adicional administrado após o tratamento primário para reduzir a probabilidade do cancro voltar; habitualmente refere-se a **radioterapia** e / ou **quimioterapia** após a cirurgia

ADN (DNA)

Ácido desoxirribonucleico, a substância química que contém a informação genética nas células do seu corpo

AFATINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** designado de **inibidor da tirosina quinase**, que funciona bloqueando sinais dentro das células de cancro e parando a ação do **receptor do fator de crescimento epidérmico**, causando a morte dessas células. É administrado na forma de um comprimido uma vez ao dia

ALECTINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** designado de **inibidor da tirosina quinase**, que funciona bloqueando uma proteína chamada **quinase de linfoma anaplásico**. Só funciona nas de cancro com uma versão anormal desta proteína. É administrado duas vezes ao dia como cápsulas orais

ALOPECIA

Perda de cabelo

ALVÉOLO

Pequenos sacos de ar dentro dos pulmões que permitem as trocas gasosas de oxigénio e dióxido de carbono entre os pulmões e a corrente sanguínea

ANEMIA

Uma condição caracterizada pela falta de hemoglobina (uma proteína dos glóbulos vermelhos do sangue que transporta oxigénio por todo o corpo)

ANESTÉSICO GERAL

Um medicamento que causa uma perda reversível do estado de consciência

ANESTÉSICO LOCAL

Um medicamento que causa ausência reversível de dor, no local onde é administrado

ANOREXIA

Diminuição ou perda do apetite

ANTIBIÓTICO

Um tipo de medicamento usado para tratar e prevenir infeções bacterianas

ANTICORPO MONOCLONAL

Um tipo de **terapêutica-alvo**. **Anticorpos monoclonais** reconhecem e ligam-se a proteínas específicas produzidas pelas células. Cada **anticorpo monoclonal** reconhece uma proteína particular. Eles funcionam de formas diferentes dependendo da proteína que têm como alvo

ARSÉNIO

Uma substância natural que tem sido amplamente usada em alguns tipos de indústria (fundição de cobre ou chumbo; agricultura/pesticidas), mas que tem sido associada ao cancro, incluindo cancro do pulmão

ARTRALGIA

Dor na(s) articulação(ões)

ASBESTOS (AMIANTO)

Um material fibroso natural que era amplamente usado como material de construção. O seu uso está atualmente proibido em toda a Europa, uma vez que está ligado a doenças pulmonares, incluindo o cancro

ASTENIA

Sensação anormal de fraqueza ou falta de energia

ATEZOLIZUMAB

Um tipo de **imunoterapia** que bloqueia uma proteína chamada **PD-L1** existente na superfície das células imunológicas designadas de células T; isso ativa as células T para encontrar e destruir as células de cancro. É administrado de forma **endovenosa**, no braço ou tórax

BASEADO EM PLATINA

Uma classe de **quimioterapia** que inclui **cisplatina** e **carboplatina**

BEVACIZUMAB

Um tipo de **terapêutica-alvo** utilizada no tratamento de alguns tipos de cancro, incluindo CPNPC avançado. É um **anticorpo monoclonal** que tem como alvo o **fator de crescimento vascular endotelial** e impede que as células de cancro desenvolvam os seus próprios vasos para entrega de sangue, ajudando assim a desacelerar o crescimento do **tumor**

GLOSSÁRIO

BIÓPSIA LÍQUIDA

Teste realizado em amostras de sangue ou outro fluido corporal, para detetar a presença de substâncias que têm origem **tumoral**, indicando a presença de cancro

BIÓPSIA

Um procedimento médico em que uma pequena amostra de células ou tecido é retirado para exame ao microscópio

BRADICARDIA

Frequência cardíaca anormalmente lenta

BRAF

Um **gene** que cria uma proteína envolvida na sinalização celular e crescimento. O gene **BRAF** pode ser **mutado** nas células de cancro

BRIGATINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** que funciona inibindo uma proteína designada **quinase de linfoma anaplásico**. É administrado como um comprimido uma vez ao dia para doentes que já receberam **crizotinib** anteriormente

BRONCSCOPIA

Exame médico que permite a avaliação endoscópica das suas vias aéreas usando um **broncoscópio**

BRONCOSCÓPIO

Um instrumento fino de fibra ótica que é inserido nas vias respiratórias (geralmente através do nariz ou boca)

BRONQUÍOLOS

Os **brônquios** dividem-se em pequenos bronquíolos, que se estendem até aos **alvéolos**

BRÔNQUIOS

O brônquio direito e o brônquio esquerdo (os **brônquios**) são as duas vias aéreas principais que levam o ar para os pulmões

CANCRO DE PULMÃO PRIMÁRIO

Um cancro que começou nos pulmões

CARBOPLATINA

Um tipo de **quimioterapia** administrada de forma **endovenosa** através de uma veia no seu braço ou tórax

CARCINOMA (NÃO DIFERENCIADO) DE GRANDES CÉLULAS

Um tipo de CPNPC que não se parece com **adenocarcinoma** ou **carcinoma de células escamosas** (pavimentosas) na análise com microscópio

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (CCE) OU PAVIMENTO-CELULAR

Um tipo de CPNPC; geralmente ocorre na parte central do pulmão ou num dos **brônquios**

CERITINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** que funciona inibindo uma proteína designada **quinase de linfoma anaplásico**. É administrado como uma cápsula uma vez ao dia para doentes que já receberam **crizotinib** anteriormente

CIRURGIA TORÁCICA VIDEOASSISTIDA (VATS)

Um procedimento cirúrgico que permite aos médicos ver o interior do tórax e pulmões. É uma forma de cirurgia através de um pequeno orifício

CISPLATINA

Um tipo de **quimioterapia** administrada de forma **endovenosa** através de uma veia no seu braço ou tórax

COMORBILIDADES

Outras doenças adicionais de que o doente sofre ao mesmo tempo

CONCOMITANTE

Diferentes tipos de tratamento (por exemplo, **quimioterapia** e **radioterapia**) administrados ao mesmo tempo

CONJUNTIVITE

Inflamação da membrana que cobre o globo ocular e as linhas da pálpebra

CRIZOTINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** designado de **inibidor da tirosina quinase**, que funciona bloqueando uma proteína chamada **quinase de linfoma anaplásico**. Só funciona nas células de cancro com uma versão anormal desta proteína. É administrado como cápsula oral duas vezes ao dia

CUIDADOS DE SUPORTE

Cuidados que proporcionam alívio da dor, sintomas e stress físico e emocional, sem tratar o cancro diretamente

CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados prestados a doentes com doença avançada e progressiva. Estão focados no controlo da dor, sintomas e stress físico e emocional, sem intervirem na causa da doença

DABRAFENIB

Um tipo de **terapêutica-alvo**, que funciona bloqueando sinais dentro das células de cancro e interrompendo a ação de proteínas produzidas pelo **gene BRAF mutado**. É administrado como um comprimido duas vezes ao dia

GLOSSÁRIO

DACOMITINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** designado de **inibidor de tirosina quinase**, que funciona bloqueando os sinais dentro das células de cancro e interrompendo a ação do **recetor do fator de crescimento epidérmico**, causando a morte dessas células. É administrado como um comprimido uma vez ao dia

DENOSUMAB

Um medicamento utilizado para tratar a osteoporose e prevenir fraturas e outros problemas ósseos causados por **metástases** ósseas

DIAFRAGMA

O músculo que separa a cavidade torácica do abdómen; o **diafragma** contrai-se e relaxa enquanto inspiramos e expiramos

DISARTRIA

Dificuldade em articular corretamente as palavras (por exemplo, fala arrastada, som nasalado, rouco ou excessivamente alto ou baixo)

DISFAGIA

O termo médico para dificuldade em engolir

DISGEUSIA

Uma alteração do paladar

DISPEPSIA

O termo médico para indigestão

DISPNEIA

Falta de ar

DOCETAXEL

Um tipo de **quimioterapia** administrada de forma **endovenosa** através de uma veia no seu braço ou tórax

DOENÇA OLIGOMETASTÁTICA (OLIGOMETÁSTASES)

Cancro que se espalhou de seu local original para um número limitado de outros locais / órgãos; a progressão da doença pode ocorrer nesses locais, mas sem propagação para órgãos adicionais (**oligometástases** podem ser descritas como **síncronas** ou **metacrónicas**)

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

Um tipo de doença pulmonar caracterizada por diminuição a longo prazo da capacidade de fluxo do ar. Os principais sintomas incluem falta de ar e tosse

DURVALUMAB

Um tipo de **imunoterapia** que bloqueia uma proteína chamada **PD-L1** existente na superfície das células imunológicas designadas de células T; isso ativa as células T para encontrar e destruir as células de cancro. É administrado de forma **endovenosa**, no braço ou tórax

ECOGRAFIA

Um tipo de exame de radiologia onde as ondas sonoras são convertidas em imagens por um computador

EDEMA

Fluido acumulado em determinado tecido do corpo, que fica inchado

ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA

Um(a) enfermeiro(a) especializado nos cuidados a doentes com uma determinada condição (por exemplo, cancro)

EPISTÁXIS

O termo médico para uma hemorragia nasal

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Um grupo de profissionais de saúde que pertencem a diferentes especialidades ou áreas de intervenção (por exemplo, **oncologista**, **radiologista**, **especialista em enfermagem**, fisioterapeuta) e que fornecem serviços específicos ao doente. Os planos de cuidados e atividades da equipa resultam de uma decisão / ação conjunta

ERLOTINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** designado de **inibidor de tirosina quinase**, que funciona bloqueando os sinais dentro das células de cancro e interrompendo a ação do **recetor do fator de crescimento epidérmico**, causando a morte dessas células. É administrado como um comprimido uma vez ao dia

ESOFAGITE

Inflamação do **esófago**

ESÓFAGO

O tubo que liga a garganta ao estômago, permitindo o transporte dos alimentos para o mesmo

ESQUEMA ACELERADO

Em cada tratamento é dada uma dose superior de radiação e há menor número de tratamentos do que num esquema de **radioterapia convencional**. A quantidade total da radiação fornecida é praticamente a mesma em cada esquema

ESTADIO INICIAL (CANCRO)

Cancro que não se espalhou para os **gânglios linfáticos** ou outras partes do corpo

GLOSSÁRIO

ESTOMATITE

Inflamação do interior da boca

ETOPOSIDO

Um tipo de **quimioterapia** administrada de forma **endovenosa** através de uma veia no seu braço ou tórax, ou como um comprimido ou cápsula orais

EXAME RADIOLÓGICO

Um exame que usa **raios-x** ou outras técnicas de imagem para visualizar o corpo e os órgãos, de forma a detetar sinais de cancro ou outras alterações

FADIGA

Cansaço excessivo

FARINGITE

Inflamação da faringe, que fica na parte de trás da garganta

FATOR DE CRESCIMENTO VASCULAR ENDOTELIAL (VEGF)

Uma proteína produzida pelas células que estimula o crescimento de novos vasos **sanguíneos**

FATOR DE RISCO

Algo que aumenta a probabilidade de desenvolver uma doença

FOLÍCULO CAPILAR

Uma pequena bolsa na pele a partir da qual o cabelo cresce

FUGA DE AR (“LEAK”)

Quando o ar escapa das vias aéreas (**bronquíolos**, **alvéolos**) por uma solução de continuidade, para zonas do pulmão onde o ar habitualmente não está presente

FUMADOR PASSIVO

Inalação do fumo do tabaco por uma pessoa que não está diretamente a fumar

GÂNGLIOS LINFÁTICOS

Pequenas estruturas presentes em todo o **sistema linfático**, que funcionam como filtros para substâncias nocivas, por exemplo células de cancro ou bactérias

GÂNGLIOS LINFÁTICOS REGIONAIS

Gânglios linfáticos próximos ao tumor

GEFITINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** designado de **inibidor de tirosina quinase**, que funciona bloqueando os sinais dentro das células de cancro e interrompendo a ação do **receptor do fator de crescimento epidérmico**, causando a morte dessas células. É administrado como um comprimido uma vez ao dia

GEMCITABINA

Um tipo de **quimioterapia** administrada de forma **endovenosa** através de uma veia no seu braço ou tórax

GENES

Fragmentos de **ADN** responsáveis pela criação de substâncias que o corpo necessita para funcionar

GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS

Glândulas no corpo que produzem hormonas, como como adrenalina e cortisona. Estão localizadas acima dos rins

GRAU

O **grau** de cancro é baseado em quão diferem as células **tumorais** das células normais ao microscópio e na rapidez do seu crescimento. O valor do **grau** situa-se entre um e três e reflete a agressividade das células **tumorais**; quanto maior o **grau**, mais agressivo o **tumor**

HEPÁTICO

Relacionado ao fígado

HIPERCALCÉMIA

Um nível anormalmente elevado de cálcio no sangue

HIPERCALIÉMIA

Um nível anormalmente elevado de potássio no sangue

HIPERTENSÃO

Pressão sanguínea anormalmente elevada

HIPOCALIÉMIA

Um nível anormalmente baixo de potássio no sangue

HIPOMAGNESÉMIA

Um nível anormalmente baixo de magnésio no sangue

HIPONATRÉMIA

Um nível anormalmente baixo de sódio no sangue

HIPOTIROIDISMO

Níveis anormalmente baixos de hormonas da tiróide

IMUNOTERAPIA

Um tipo de tratamento contra o cancro que estimula o sistema imunológico do organismo para lutar contra o cancro

INIBIDOR DE TIROSINA QUINASE (TKI)

Um tipo de **terapêutica-alvo** que inibe as tirosina quinases, que são substâncias que enviam sinais de crescimento para as células

INTRAVENOSO (OU ENDOVENOSO)

Administrado através de uma veia

GLOSSÁRIO

IRRESECÁVEL

Incapaz de ser removido (ressecado) por cirurgia

LEUCOPENIA

Uma diminuição no número de leucócitos (um tipo de célula do sangue – glóbulos brancos) no sangue, o que aumenta o risco de infecção dos indivíduos

LIGANDO DE MORTE PROGRAMADA-1 (PD-L1)

Uma proteína celular que se acredita estar envolvida em ajudar o **tumor** a evitar a sua deteção pelo sistema imunológico do organismo

LINFA

O fluido que circula por todo o **sistema linfático**; contém glóbulos brancos que combatem infecções

LINFOPÉNIA

Um nível anormalmente baixo de linfócitos (um tipo de célula do sangue) no sangue, o que aumenta o risco de infecção dos indivíduos

LOBECTOMIA

Um tipo de cirurgia de cancro do pulmão em que um **lobo** de um pulmão é removido (o pulmão direito tem três **lobos** e o pulmão esquerdo tem dois **lobos**)

LOBO

Uma parte (geralmente arredondada) de um órgão que se parece destacar de alguma forma do resto desse órgão

LOCALMENTE AVANÇADO

Cancro que se espalhou do local inicial para os tecidos à volta ou **gânglios linfáticos**

LORLATINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo**, que funciona inibindo uma proteína chamada **quinase de linfoma anaplásico**. É administrado como um comprimido uma vez ao dia

MEDULA ÓSSEA

Tecido esponjoso encontrado dentro de alguns ossos (por exemplo, anca e fémur). Este tecido contém células-tronco, que são células que se podem desenvolver em glóbulos vermelhos, glóbulos brancos ou **plaquetas**

METÁSTASE

Um **tumor** ou crescimento cancerígeno originado de um **tumor** / crescimento **primário** em outra parte do corpo (plural = **metástases**)

METASTÁTICO

Um cancro que se espalhou do seu local (**primário**) de origem para diferentes partes do corpo

MIALGIA

Dor em um ou mais músculos

MUCOSITE

Inflamação e ulceração das membranas que revestem o **sistema gastrointestinal**

MUTAÇÃO T790M

Uma **mutação** do **recetor do fator de crescimento epidérmico** (também conhecida como **mutação** Treonina 790 Metionina [Thr790Met])

MUTAÇÃO

Uma alteração permanente na sequência de **DNA** que constitui um **gene**, e que difere do que é encontrado na maioria das pessoas

NAB-PACLITAXEL

Um tipo de **quimioterapia** administrada de forma **endovenosa** através de uma veia no seu braço ou tórax. **Nab-Paclitaxel** é uma forma de **paclitaxel** ligado a proteínas

NASOFARINGITE

Inchaço e inflamação das fossas nasais e da parte de trás da garganta

NEOADJUVANTE (TRATAMENTO)

Tratamento administrado como primeira etapa para reduzir o **tumor** antes que o tratamento principal seja dado

NEUROLÓGICO

Relacionado com os nervos e o sistema nervoso

NEUROPATIA PERIFÉRICA

Danos nos nervos das extremidades do corpo. Os sintomas podem incluir dor, sensibilidade, dormência ou fraqueza nas mãos, pés ou pernas

NEUTRÓFILO

Um tipo de glóbulo branco que desempenha um papel importante no combate à infecção

NEUTROPENIA

Um nível anormalmente baixo de **neutrófilos** no sangue, o que aumenta o risco de infecção

NINTEDANIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** que bloqueia proteínas designadas de proteínas quinases, que estão presentes nas células de cancro e envolvidas no crescimento tumoral. É administrado como uma cápsula duas vezes ao dia

GLOSSÁRIO

NIVOLUMAB

Um tipo de **imunoterapia** que bloqueia uma proteína chamada PD-1 existente na superfície de das células imunológicas designadas de células T; isso ativa as células T para encontrar e destruir as células de cancro. É administrado de forma **endovenosa**, no braço ou tórax

OLIGOMETÁSTASES METACRÓNICAS

Oligometástases que aparecem após o tratamento para um **tumor primário**

OLIGOMETÁSTASES SÍNCRONAS

Oligometástases diagnosticadas após alguns meses do **tumor primário**

ONCOLOGISTA

Um médico especializado na gestão médica do cancro

OSIMERTINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo** designado de **inibidor de tirosina quinase**, que funciona bloqueando os sinais dentro das células de cancro e interrompendo a ação do **receptor do fator de crescimento epidérmico**, causando a morte dessas células. É administrado como um comprimido uma vez ao dia para doentes que tenham sido tratados anteriormente com outro **inibidor de tirosina quinase**

PACLITAXEL

Um tipo de **quimioterapia** administrada de forma **endovenosa** através de uma veia no seu braço ou tórax

PATOLOGISTA

Médico que diagnostica doenças examinando células e amostras de tecido

PEMBROLIZUMAB

Um tipo de **imunoterapia** que bloqueia uma proteína chamada PD-1 existente na superfície de das células imunológicas designadas de células T; isso ativa as células T para encontrar e destruir as células de cancro. É administrado de forma **endovenosa**, no braço ou tórax

PEMETREXED

Um tipo de **quimioterapia** utilizado no tratamento do CPNPC, que é administrado por via **endovenosa** (diretamente na corrente sanguínea através de uma veia no seu braço ou tórax)

PERICÁRDIO

A membrana que envolve o coração

PLAQUETAS

Pequenas células sanguíneas que ajudam o corpo a formar os coágulos que param as hemorragias

PLEURA

Uma das duas membranas que envolve os pulmões. Estas duas membranas são chamadas de pleuras visceral e parietal

PNEUMECTOMIA

A remoção cirúrgica de um pulmão ou parte de um pulmão

PNEUMONIA

Inflamação do pulmão, geralmente causada por uma infeção

PNEUMONITE DE RADIAÇÃO

Sintomas de tosse, febre e peso no peito que geralmente surgem entre 2 semanas a 6 meses após a **radioterapia**, mas geralmente são temporários

PROGNÓSTICO

O resultado provável de uma condição médica

PRURIDO

Comichão acentuada na pele

QUIMIORADIOTERAPIA

Quimioterapia e **radioterapia** administradas em conjunto

QUIMIOTERAPIA EM DUPLETO

Uma combinação de dois tipos diferentes de **quimioterapia** administrados ao mesmo tempo

QUIMIOTERAPIA

Um tipo de tratamento oncológico que usa fármacos que destroem as células de cancro, danificando-as, de modo a que não se possam reproduzir e espalhar

RADIAÇÃO IONIZANTE

Qualquer tipo de partícula ou onda eletromagnética que carrega energia suficiente para ionizar ou remover eletrões de um átomo (por exemplo, **raios-x**)

RADIOATIVO

Um material que é instável e emite espontaneamente energia (radiação)

RADIOLOGISTA

Médico especializado no diagnóstico e tratamento de doenças ou lesões através do uso de técnicas de imagem, como **raios-x**, **tomografia computadorizada**, **ressonância magnética** e **ecografia**

RADIOTERAPIA CONVENCIONAL

Refere-se à **radioterapia** que é administrada sobre o **tumor** como uma fração da dose completa em várias sessões - o tratamento geralmente consiste em uma pequena dose diária ao longo de várias semanas

GLOSSÁRIO

RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA ABLATIVA (SABR)

Um tipo especializado de **radioterapia** que é administrado ao **tumor** de muitas direções diferentes e usando imagens detalhadas adquiridas previamente, de forma a alcançar o alvo de forma precisa, para que possam ser fornecidas doses mais altas em um período de tempo mais curto

RADIOTERAPIA

Tratamento envolvendo o uso de radiação de alta energia, que é frequentemente utilizado para tratar o câncer

RAIO X

Um exame de imagem que usa um tipo de radiação que passa através do seu corpo, permitindo ao médico ver o interior do mesmo

RAMUCIRUMAB

Um tipo de **terapêutica** que tem como **alvo** o **fator de crescimento vascular endotelial** e que impede que as células de câncer desenvolvam os seus próprios vasos para entrega de sangue, ajudando assim a desacelerar o crescimento do **tumor**. É administrado de forma **endovenosa** através de uma veia no seu braço ou tórax, em combinação com outro tipo de **quimioterapia**

REARRANJO ROS1

ROS1 é uma proteína da superfície celular. A reorganização do **gene ROS1** é uma anomalia encontrada em alguns tipos de células de câncer, incluindo CPNPC

REARRANJOS DA QUINASE DE LINFOMA ANAPLÁSICO (ALK)

A **quinase de linfoma anaplásico** é uma proteína da superfície celular. O rearranjo do **gene ALK** é uma alteração encontrada em algumas células de câncer, incluindo CPNPC

RECAÍDA

Reaparecimento de um câncer ou deterioração do estado de saúde de uma pessoa

RECTOR DO FATOR DE CRESCIMENTO EPIDÉRMICO (EGFR)

Proteína envolvida no crescimento e divisão celular. É encontrada em quantidades anormalmente elevadas na superfície de muitos tipos de células de câncer

RECIDIVA

Reaparecimento do câncer

REGIME

Plano de tratamento

RENAL

Relacionado aos rins

RESSEÇÃO

Cirurgia para remover um tecido

RESSEÇÃO SEGMENTAR (OU CUNHA)

Remoção cirúrgica do segmento do pulmão onde o **tumor** está localizado

RESSECÁVEL

Capaz de ser removido (ressecado) por cirurgia

RESSECÇÃO EM CUNHA (OU SEGMENTO)

Remoção cirúrgica do segmento do pulmão onde o **tumor** está localizado

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM)

Um tipo de exame de radiologia que usa potentes campos magnéticos e ondas de rádio para produzir imagens detalhadas do interior do seu corpo

RINITE

Inflamação do revestimento interno do nariz

SEQUENCIALMENTE

Tratamento administrado um após o outro

SISTEMA GASTROINTESTINAL

O sistema de órgãos responsáveis pelo transporte de alimentos para dentro e fora do corpo, utilizando-os para manter o corpo saudável - inclui o **esôfago**, o estômago e os intestinos

SISTEMA LINFÁTICO

Uma rede de tecidos e órgãos que ajudam o corpo a eliminar toxinas, resíduos e outros materiais indesejados. A principal função do **sistema linfático** é transportar a **linfa** por todo o corpo, um fluido constituído por glóbulos brancos que combatem as infeções

PRÓTESE/STENT

Um pequeno tubo usado para manter permeável (aberta) uma via aérea ou artéria

SUBTIPO HISTOLÓGICO

Tipo de câncer baseado no tipo de tecido em que o tumor tem origem

TAXANO

Uma classe de **quimioterapia** que inclui **paclitaxel** e **docetaxel**

TERAPÊUTICA ANTIANGIOGÊNICA

Um tipo de terapêutica que interfere no crescimento e sobrevivência de novos **vasos sanguíneos** (angiogênese), os quais desempenham um papel crítico no crescimento e disseminação do câncer

GLOSSÁRIO

TERAPÉUTICA MULTIMODAL

Uma abordagem de tratamento que inclui dois ou mais tipos de tratamento - geralmente alguma combinação de cirurgia, **quimioterapia** e **radioterapia**

TERAPÉUTICA-ALVO

Um tipo de tratamento contra o cancro que usa drogas ou outras substâncias que identificam e atacam com precisão as células de cancro, causando habitualmente poucos danos às células normais

TERAPÉUTICA DE INDUÇÃO

Tratamento inicial com **quimioterapia** e / ou **radioterapia** para reduzir o **tumor** antes de um segundo tratamento planeado (por exemplo, cirurgia)

ENSAIO CLÍNICO

Um estudo que avalia os efeitos do tratamento

TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA (TC)

Um tipo de exame de radiologia que usa **raios-x** e um computador para criar imagens detalhadas do interior do seu corpo

TOMOGRAFIA DE EMISSÃO DE POSITRÕES (PET)

Exame de imagem de medicina nuclear que usa um corante com marcadores **radioativos**, que é injetado em uma veia do seu braço

TOUCA FRIA

Uma touca que arrefece o couro cabeludo antes, durante e depois do tratamento, de forma a reduzir os seus efeitos sobre os **foliculos capilares**

TRAMETINIB

Um tipo de **terapêutica-alvo**, que funciona bloqueando sinais dentro das células de cancro e interrompendo a ação de proteínas chamadas MEK1 e MEK2. É administrado como um comprimido uma vez ao dia

TRAQUEIA

O tubo largo e oco que conecta a laringe (ou caixa de voz) aos **brônquios** dos pulmões

TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO

Tratamento administrado após os ciclos iniciais de **quimioterapia** com o objetivo de manter o cancro sob controlo

TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA

O tratamento inicial dado a um doente

TRATAMENTO DE SEGUNDA LINHA

O segundo tratamento dado a um doente, uma vez que o tratamento inicial (de **primeira linha**) não funcionou ou foi interrompido devido à ocorrência de efeitos colaterais ou por outros motivos

TRATAMENTO DE TERCEIRA LINHA

Uma terceira linha de tratamento dada a um doente uma vez que as duas linhas anteriores (**primeira linha** e **segunda linha**) de tratamento não funcionaram ou foram interrompidas devido à ocorrência de efeitos colaterais ou por outros motivos

TRATAMENTO SISTÉMICO

Medicamentos que se espalham por todo o corpo de forma a tratar as células de cancro onde quer que estejam. Inclui **quimioterapia**, terapêutica hormonal, **terapêutica-alvo** e **imunoterapia**

TROMBOCITOPENIA

Défice de **plaquetas** no sangue. Causa hemorragias nos tecidos, hematomas ou coagulação mais lenta após uma lesão

TROMBOSE

A formação de um coágulo sanguíneo dentro de um vaso sanguíneo, obstruindo o fluxo de sangue através do sistema sanguíneo

TUMOR PRIMÁRIO

O **tumor** onde o cancro originalmente começou a crescer

TUMOR

Um nódulo ou crescimento de células anómalas. Os **tumores** podem ser benignos (não cancerígenos) ou malignos (cancerígenos). Neste guia, o termo "**tumor**" refere-se a um crescimento cancerígeno, salvo indicação em contrário

URÂNIO

Um elemento naturalmente **radioativo**

VASOS SANGUÍNEOS

As estruturas (tubos) que transportam sangue através do tecidos e órgãos do corpo - incluem veias, artérias e capilares

VINORELBINA

Um tipo de **quimioterapia** administrada de forma **endovenosa** através de uma veia no seu braço ou tórax

ZUMBIDO

A audição de um som (como toque, gemido ou zumbido) quando nenhum som externo está presente

Este guia foi preparado para ajudá-lo a si, aos seus amigos e aos seus familiares, a entender melhor a natureza do cancro de pulmão de não pequenas células (CPNPC) e os tratamentos disponíveis. As informações médicas descritas neste documento são baseadas nas recomendações de prática clínica da European Society for Medical Oncology (ESMO) para a gestão do CPNPC em estadio inicial, localmente avançado ou metastático. Recomendamos que pergunte ao seu médico sobre os exames e tipos de tratamentos disponíveis no seu país, para seu tipo e estágio de CPNPC.

Este guia foi escrito por Kstorfin Medical Communications Ltd em nome da ESMO.

© Copyright 2019 European Society for Medical Oncology. Todos os direitos reservados a nível mundial.

European Society for Medical Oncology (ESMO)

Via Ginevra 4

6900 Lugano

Switzerland

Tel: +41 (0)91 973 19 99

Fax: +41 (0)91 973 19 02

E-mail: patient_guides@esmo.org

Podemos ajudá-lo a entender o cancro de pulmão de não pequenas células (CPNPC) e as opções de tratamento disponíveis.

Os Guias da ESMO para Doentes são projetados para ajudar os doentes, os seus familiares e cuidadores a compreender a natureza dos diferentes tipos de cancro e avaliar as melhores opções de tratamento disponíveis. As informações médicas descritas nos Guias para Doentes são baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO, projetadas para orientar os médicos oncologistas no diagnóstico, monitorização e tratamento dos diferentes tipos de cancro.

Para obter mais informações, visite www.esmo.org

