

RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO DE DOENTES COM CANCRO E O COVID-19

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE ONCOLOGIA -

A. INTRODUÇÃO

Atualmente enfrentamos uma **pandemia de COVID-19**, doença infecciosa causada por um novo beta-coronavírus conhecido como síndrome respiratória aguda grave coronavírus-2 (**SARS-CoV-2**), identificado pela primeira vez num surto na província de Wuhan, na China, em dezembro de 2019.

Trata-se de uma doença respiratória aguda que se caracteriza pela rápida transmissão a partir da contaminação por gotículas. De salientar que relatórios recentes em 138 pacientes hospitalizados de uma única instituição (Hospital Zhongnan da Universidade de Wuhan) mostraram que a **transmissão adquirida no hospital representava 41,3%** desses doentes admitidos implicando, portanto, o ambiente hospitalar como fonte de disseminação do vírus.

Em **Oncologia**, esta patologia adquire uma especial atenção uma vez que os doentes com cancro têm frequentes admissões hospitalares eletivas, quer para tratamento e exames complementares de diagnóstico ou seguimento, quer de urgência para controlo de toxicidades ou complicações da doença e tratamento. O doente oncológico é imunodeprimido pela doença e pelo tratamento.

Mais recentemente, observou-se, pela experiência Chinesa, que os doentes com cancro apresentam **maior risco de eventos graves** (um *endpoint* definido como a percentagem de doentes admitidos na unidade de cuidados intensivos que requereram ventilação invasiva ou morreram) em comparação com doentes sem cancro (7 [39%] de 18 pacientes vs 124 [8%] de 1.572 pacientes). Além disso, os doentes submetidos a quimioterapia ou cirurgia no mês anterior ao evento, tiveram um risco numericamente maior (3 [75%] de 4 pacientes) de eventos clinicamente mais graves do que aqueles que não receberam quimioterapia ou cirurgia (6 [43%] de 14 pacientes).

Urge a tomada de medidas agressivas para reduzir a frequência de visitas hospitalares de doentes com cancro durante a pandemia de COVID-19. Assim, alinhados com a norma da DGS 009/2020, propomos priorizar doentes que necessitam de tratamento e intensificar protocolos de isolamento adequados.

B. TRATAMENTO DO CANCRO EM FASE DE PANDEMIA POR COVID-19

1. MEDIDAS GERAIS

- Uma **comunicação de risco adaptada**, fornecimento de **equipamento de proteção individual (EPI)** adequado para os profissionais de saúde, e aplicação rigorosa de **medidas de prevenção e controlo de infeção** em unidades de saúde são obrigatórias para reduzir o risco de transmissão infecciosa.
- **Alocação adequada de recursos** em termos hospitalares, priorizada para enfrentar a epidemia e para cuidar de doentes com cancro.
- **Alargar o funcionamento dos serviços / valências** implicadas no diagnóstico e no tratamento de forma a evitar grandes concentrações de doentes.
- As **equipas devem trabalhar em espelho**, permitindo substituição imediata em caso de necessidade. Uma forma de o fazer é destacar parte da equipa para período semanal ou quinzenal de trabalho remoto que pode aglutinar todas as tarefas assistenciais não presenciais (telemedicina, consultas multidisciplinares, relatórios clínicos, etc).
- Implementar serviços de **consulta remota**, com acesso remoto aos sistemas eletrónicos hospitalares.
- Adiar todas as **visitas de rotina adiáveis**.
- Agilizar **procedimentos de triagem rigorosos e seguros** para avaliar quaisquer sintomas da COVID-19 e a urgência e necessidade de hospitalização.
- Definir **novos percursos clínicos para doentes com cancro**, de forma a projetar uma rede de saúde paralela, distinto da via COVID-19 bem como de outros doentes com outras patologias. Para cumprir este objetivo **pode ser necessário a transferência do doente para outro centro**.
- Devemos **estabelecer áreas de verificação para deteção precoce** de pessoas potencialmente infetadas. A equipa clínica responsável pela área do ponto de verificação deve ser treinada e usar EPI.
- **Testar sistematicamente o doente em tratamento ativo** (cirurgia, quimioterapia, radioterapia) cumprindo criteriosamente a periodicidade prevista na Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) 009/2020 de 2 de Abril de 2020. Testar todos os doentes antes de admissão para internamento. Idealmente, **os profissionais de saúde** que lidam com estes doentes, **deveriam ser testados semanalmente**.
- **Doentes com critérios para COVID-19 devem ser enviados para centro dedicado** o mais rápido possível, conforme as orientações de controlo de infeção encontradas no site da OMS e dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças bem como da DGS. Estes doentes são testados e transferidos para os hospitais / serviços COVID-19 se os testes forem positivos. Se o teste for positivo e não tiverem critérios de gravidade, serão encaminhados para o domicílio em articulação com os Cuidados de Saúde Primários.

Estas medidas visam garantir a continuidade dos cuidados para tratamentos essenciais e ampliar a capacidade de atender às sérias demandas de cuidados de saúde da COVID-19.

2. CATEGORIZAÇÃO BASEADA NA INTENÇÃO E NO RISCO DO TRATAMENTO _____

Definir “prioridades” para os doentes com cancro, hierarquizando os doentes com a criação de 3 grupos:

- **Grupo A (baixo risco):** “Doentes em controlo clínico” que completaram um tratamento ou cuja doença está em remissão.

- **Grupo B (risco intermédio):** “Doentes com doença oncológica ativa em pausa ou tratamento não imunossupressor” – independentemente do intuito.

- **Grupo C (alto risco):** “Doentes em tratamento ativo” - com intuito neoadjuvante, curativo adjuvante ou paliativo (tratamento oncológico ativo para doença metastática). Isto é, os que são elegíveis para cirurgia, quimioterapia e / ou radioterapia, terapia biológica e imunoterapia.

Recomendações gerais para Grupos A, B e C:

Para todos os doentes devemos focarmo-nos na educação para a saúde recorrendo a meios como: publicidade, redes sociais e telefonemas pessoais. Devemos fornecer os seguintes conselhos:

- Evitar contato com amigos e parentes com sintomas da COVID-19;
- Cumprir o **isolamento**, reduzindo ao essencial as deslocações ao exterior;
- Praticar o **distanciamento social** com todas as pessoas para se proteger a si e aos outros;
- Cumprir **etiqueta respiratória** e **lavagem das mãos** de acordo com as indicações das autoridades de saúde.

Todos os doentes devem ser alvo de **contacto no dia anterior**, pela equipa de enfermagem, para preencher inquérito epidemiológico e avaliação de sinais e sintomas.

Todos os doentes devem usar material de proteção individual (máscara fácil) no interior das instituições de saúde.

Recomendações para Grupo A

- Diminuir as idas ao hospital através de:
 - Adiamento de visitas de rotina e exames de vigilância considerados não urgentes pela equipa assistente, substituindo por consultas remotas de telemedicina.
 - Estratégias de entrega de medicação crónica de disponibilização hospitalar com recurso a protocolos com farmácias comunitárias (p.e.: Ligas dos amigos dos hospitais, Liga Portuguesa Contra o Cancro, entre outras soluções).

Recomendações para Grupo B e C

Para os doentes com doença ativa sem (B) ou com (C) tratamento ativo, residentes em zonas epidémicas ou não, devemos identificar caminhos específicos para garantir o momento do tratamento, se possível categorizando de acordo com a intenção e o risco de tratamento:

**Categorização baseada na intenção e no risco do tratamento:
relação benefício / benefício do tratamento**

1 Tratamento curativo com mais de 50% de sucesso.
2 Tratamento curativo com 15% a 50% de sucesso.
3 Tratamento não curativo com mais de 50% de hipótese de mais de 1 ano de sobrevivência.
4 Tratamento curativo com baixa (0% a 15%) hipótese de sucesso ou tratamento não curativo com hipótese intermédia (15% a 50%) de mais de 1 ano de sobrevivência.
5 Tratamento não curativo com alta (mais de 50%) hipótese de palição ou controlo temporário do tumor e extensão, esperando-se menos de um ano de sobrevivência.
6 Tratamento não curativo com hipótese intermédia (15 a 50%) de palição ou controlo temporário do tumor e extensão esperando-se menos de um ano de sobrevivência.
5 Tratamento não curativo com alta (mais de 50%) hipótese de palição ou controlo temporário do tumor e extensão, esperando-se menos de um ano de sobrevivência.

(Adaptado de NHS England's clinical guide for the management of cancer patients during the coronavirus pandemic)

- Doentes **elegíveis para cirurgia têm acesso prioritário**.
- Os centros devem garantir um **caminho diagnóstico-terapêutico apropriado** que reduz o risco de infeção pelo novo coronavirus.
- As **consultas devem ser reduzidas ao nível mais seguro e viável**, sem comprometer os cuidados.
- Intensificar o **ensino de cuidados de isolamento de gotículas e/ ou cuidados neutropénicos** nos doentes sob tratamento imunossupressor.

3. CONSIDERAÇÕES POR ÁREA TERAPÊUTICA

3.1 CONSIDERAÇÕES DE ONCOLOGIA MÉDICA

- Se critérios de suspeita de COVID-19 (febre e/ou tosse e/ou dispneia):
 - os procedimentos recomendados para os casos que configuram uma **urgência ou emergência oncológica**, como a neutropenia febril, devem ser realizados simultaneamente, sob pena, se assim não for, de se impactar gravemente o prognóstico vital do doente.
 - os sintomas devem ser sempre avaliados tendo em conta a pesquisa de **outra etiologia no contexto da doença oncológica** (p.e.: tosse e/ou dispneia no contexto de progressão de doença pulmonar metastática, pneumonite secundária aos tratamentos, etc), pelo que o oncologista médico deve ser, sempre que possível envolvido na discussão do caso para adequada orientação.

Doentes elegíveis para quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante:

- Aplicar **critérios mais restritos para proposta de tratamento sistémico complementar com quimioterapia** para doentes de baixo risco de recidiva, principalmente quando estiver disponível uma alternativa menos imunossupressora como hormonoterapia.
- Aferir possibilidade de realizar Oncotype Dx, PAM 50 ou outra plataforma genómica às doentes de cancro da mama elegíveis, com intenção de evitar utilização de quimioterapia adjuvante.

Doentes sob quimioterapia e imunoterapia:

- **Evitar** esquemas **dose-dense**.
- Alargar as indicações de **GCSF primário**.
- Dar preferência aos **tratamentos orais** (p.e.: capecitabina em substituição de 5-Fluorouracilo).
- Privilegiar **regimes com menor toxicidade hematológica**, sobretudo quando o benefício é semelhante.
- Sempre que possível **optar por terapêuticas não imunossupressoras** em vez de quimioterapia (p.e.: hormonoterapia *versus* quimioterapia).
- Doentes sob esquemas de quimioterapia paliativa com resposta parcial ou doença estável, que se encontrem clinicamente bem, se possível **considerar pausa de tratamento ou vigilância ativa**.
- **Evitar futilidade terapêutica** no contexto da doença avançada.
- Para os doentes que recebem tratamento oral, para o qual a monitorização pode ser feita remotamente, **fornecer medicamentos pelo menos para três ciclos** para reduzir as visitas ao hospital.
- Doentes já sob tratamento, clinicamente estáveis e sem toxicidade prévia, considerar a realização de **controlo analítico em laboratórios locais próximos** do domicílio do doente e **avaliação em consulta de telemedicina**.
- **Vigilância mais apertada durante o tratamento para casos de maior risco para COVID-19**, como doentes com cancro do pulmão ou submetidos a cirurgia pulmonar prévia, doentes idosos, e / ou doentes

com outras comorbidades (patologia respiratória prévia, diabetes, doença cardiovascular ou outra causa de imunossupressão).

- **Doentes de baixo risco de recidiva** sob quimioterapia adjuvante deverão ser avaliados caso a caso a sua continuidade (p.e. 3 vs 6 meses no cancro do cólon).

Doentes sob hormonoterapia e/ou terapêuticas de suporte:

- **Administração de hormonoterapia crónica na proximidade do domicílio** (p.e.: análogos LHRH, fulvestrant) com recurso a protocolos com os Cuidados de Saúde Primários ou clínicas de proximidade.
- **Espaçar os tratamentos sempre que possível** e avaliando caso a caso (p.e.: passar goserrelina mensal a trimestral, adiar administrações de ácido zoledrónico adjuvante ou se paliativo considerar trimestral)
- Em doentes sob **hormonoterapia em monoterapia com doença estável e sem sintomas significativos considerar um maior espaçamento entre visitas**, recorrendo sempre que necessário a consultas de telemedicina.

Doentes em Ensaios clínicos

- O recrutamento deve manter-se para estudos e ensaios clínicos com potencial benefício para os doentes, e sem agravamento do risco, na fase da pandemia.
- A existência de desvios ao protocolo deve ser controlada mediante as recomendações da CEIC face à conjuntura da pandemia, datadas de 17 de março de 2020.
- Clarificar junto do promotor, a necessidade de definir visitas e procedimentos estritamente necessários.

3.2 CONSIDERAÇÕES DE RADIONCOLOGIA

Os tratamentos de radioterapia convencional são realizados diariamente e prolongam-se habitualmente durante várias semanas. Durante a fase de pandemia de COVID-19 torna-se necessária a existência de medidas para reduzir o risco de disseminação de infeção entre doentes e profissionais de saúde.

Com este propósito, devem ser adotadas medidas com vista à minimização do potencial risco de infeção sem comprometer o resultado oncológico:

- Criação de plano de contingência adaptado a cada serviço de Radioterapia, de modo a possibilitar a realização de tratamentos, ainda que com eventual necessidade de redução do staff.
- Redução do número de consultas presenciais não essenciais ou, em alternativa, realizá-las telefonicamente.
- Suspensão da realização de reuniões de serviço por forma a minimizar contactos.
- Realização das reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica através de plataformas digitais/telefonicamente.
- **Categorização** dos doentes de acordo com a intenção do tratamento e a relação risco/benefício associada ao mesmo (a idade, comorbilidades e performance status são essenciais para a estratificação do risco de morbilidade significativa pela COVID-19):
 - **Prioridade nível 1:** doentes com tumores rapidamente proliferativos sob tratamento/com indicação para radio(quimio)terapia com intenção curativa, com pouca ou nenhuma margem para compensação de dose por paragens;
 - **Prioridade nível 2:** radioterapia paliativa urgente em doentes com compressão medular com função neurológica passível de recuperação;
 - **Prioridade nível 3:** Radioterapia radical para tumores menos agressivos, se a radioterapia constituir o primeiro tratamento definitivo; radioterapia adjuvante se existir doença residual conhecida após cirurgia em tumores de biologia agressiva;
 - **Prioridade nível 4:** Radioterapia paliativa se o alívio de sintomas reduzir a sobrecarga de outros serviços (e.g.: hemoptises);
 - **Prioridade nível 5:** radioterapia adjuvante após ressecção completa e risco de recorrência a 10 anos inferior a 20% (e.g.: cancro de mama RE positivos em doentes sob hormonoterapia); radioterapia radical para carcinoma da próstata em doentes sob hormonoterapia neoadjuvante.
- Considerar esquemas de tratamento alternativos, sempre que possível com esquemas de hipofracionamento, de modo a reduzir o número de vindas do doente ao serviço de radioterapia.
- Priorizar tratamentos e considerar esquemas de tratamento com nível de evidência inferior aos esquemas standard habitualmente utilizados:
 - **Tratamentos com intuito radical:** o tratamento não deverá ser adiado e/ou omitido, exceto em alguns tumores hormonodependentes que possam iniciar terapêutica sistémica com o objetivo de diferir RT (por exemplo, mama, próstata) até que a pandemia se encontre mais controlada;

- **Tratamentos com intuito adjuvante:** quando o benefício em termos de sobrevivência é ligeiro ou existe apenas benefício em termos de sobrevivência livre de doença locorregional, os tratamentos podem ser omitidos ou adiados durante a fase de pandemia;
 - **Tratamentos com intuito paliativo:** se indicação de RT para alívio sintomático (por exemplo, dor óssea) assegurar primeiro que a terapêutica médica está otimizada (opióides, bifosfonatos, etc.) e considerar omitir. Caso contrário, dar preferência à fração única (8Gy/1fr).
- **Minimizar o risco de infeção** dentro do serviço de Radioterapia:

Medidas Gerais:

- Disponibilização de solução aquosa de base alcoólica à entrada do serviço e em vários locais do mesmo de fácil acesso para higienização frequente das mãos;
- Restrição da entrada no serviço apenas a doentes, profissionais do serviço e um acompanhante quando indispensável;
- Reorganização das salas de espera de modo a garantir o espaçamento de segurança necessário entre os doentes;
- Reorganização do agendamento de tratamentos diários de modo a que o doente permaneça um tempo reduzido na sala de espera;

Medidas para os Profissionais de saúde:

- Divulgação e sensibilização para as medidas indicadas pela DGS para diminuição de risco de contágio por parte de toda a equipa de profissionais de saúde, em particular dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica pelo contacto diário mais próximo com doentes e conseqüente maior risco de exposição ao vírus:
- Lavagem frequente das mãos;
- Etiqueta respiratória;
- Distanciamento social;
- Utilização de equipamento de proteção individual adequado;
- Evicção da movimentação do staff pelas várias áreas do serviço;
- Criação de equipas em regime de trabalho rotativo e colocação de alguns profissionais em regime de teletrabalho, sempre que possível;
- Monitorização de sintomas (febre > 38°C, tosse, dispneia) e comunicação a elemento de triagem COVID-19 para definição de estratégia a seguir.

Medidas para Doentes em tratamento:

- Divulgação e sensibilização para as medidas indicadas pela DGS para diminuição do risco de contágio enquanto população vulnerável:
- Lavagem frequente das mãos;
- Etiqueta respiratória;

- Distanciamento social;
- Utilização de máscara cirúrgica fornecida à chegada ao serviço;
- Recomendação para acompanhamento por apenas uma pessoa, quando indispensável;
- Desinfecção das mãos antes e após o tratamento/consulta;
- Redução do tempo de permanência na sala de espera;
- Implementação de questionário epidemiológico / auto-vigilância de sintomas (febre > 38°C, tosse, dispneia) de forma a informar atempadamente a equipa de profissionais de saúde antes da chegada ao serviço.

Doentes oncológicos com infeção confirmada por SARS-CoV-2 com indicação para realização de radioterapia (antes de iniciar tratamento)

- Adiar, se possível, o início da radioterapia (tumores de crescimento lento);
- Nas situações em que o início da radioterapia não possa ser adiado, os doentes devem ser referenciados para unidades hospitalares capacitadas para o tratamento de doentes COVID-19 que disponham de serviços de radioterapia.

Doentes oncológicos com infeção confirmada por SARS-CoV-2 sob tratamento radioterapia

- Manter o tratamento com radioterapia caso este já tenha sido iniciado, desde que o doente apresente estabilidade clínica;
- Em caso de ausência de estabilidade clínica, o tratamento de Radioterapia terá de ser suspenso, e pode ser retomado após comprovativo laboratorial de cura, com compensação de dose de acordo com o perfil radiobiológico.
- Indicações a cumprir em caso de tratamento de doentes COVID-19:
 - Separação física no acesso ao serviço de radioterapia para doentes COVID-19 face aos restantes;
 - Alocação específica de horários e dispositivos/equipamentos de radioterapia para doentes COVID-19;
 - Cumprimento rigoroso das medidas de prevenção e controlo de infeção e de precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com as orientações da DGS.

Rastreio de SARS-CoV-2 em Doentes Oncológicos (Norma nº 009/2020 da DGS)

- Devem ser testados laboratorialmente para SARS-CoV-2 os doentes oncológicos mesmo que assintomáticos
- Antes de iniciar o tratamento de radioterapia;
- Durante o tratamento de radioterapia, com periodicidade semanal.

3.3 CONSIDERAÇÕES DE CIRURGIA GERAL

Doentes agudos são a nossa prioridade. Todo o doente que necessite de cirurgia de urgência deve ser testado para COVID-19. Qualquer doente submetido a tomografia axial computadorizada abdominal ou tomografia axial computadorizada torácica também deve ser testado. Devemos ter em mente que os atuais testes, para COVID-19, podem ter falsos negativos.

Qualquer doente priorizado para se submeter a uma cirurgia planeada como urgente deve ser avaliado quanto a COVID-19, conforme descrito acima, e os maiores riscos atuais, de resultados adversos, incluídos no planeamento e consentimento informado. Considere a formação de estoma em vez da anastomose para reduzir a necessidade de cuidados críticos pós-operatórios.

Todo o pessoal do bloco operatório deve usar EPI durante todas as operações sob anestesia geral, e estar hábil nas práticas de controlo de infeção, conforme determinado pelo protocolo local e nacional. Esses protocolos aconselham sobre os níveis de EPI com base no risco de proximidade e da carga viral potencial. Quando o status COVID-19 é positivo ou incerto, a experiência internacional recomenda que o EPI seja usado para laparotomia, mas a escassez de material pode impedi-lo na maioria das áreas e a estratificação é necessária através de medidas menores para casos de baixo risco. O EPI completo é recomendado para doentes positivos ou suspeitos e inclui camadas duplas de luvas e aventais descartáveis, proteção para os olhos e máscara FFP3. É imperativo praticar a colocação e retirada estéril de EPI com antecedência. As tarefas processuais são mais lentas e mais difíceis quando se usa EPI completo. Atualmente, em doentes de baixo risco, podem ser usadas medidas adequadamente reduzidas, incluindo uma máscara resistente a líquidos do tipo 2R com viseira e bata e luvas descartáveis, no mínimo.

Considera-se que a laparoscopia apresenta alguns riscos de formação e infeção do tipo aerossol e recomenda-se cautela considerável. O nível de risco não foi claramente definido e é provável que o nível de EPI implantado possa ser importante. Mecanismos de segurança defendidos (filtros, armadilhas, esvaziamento cuidadoso) são difíceis de implementar. Considere a laparoscopia apenas em casos individuais selecionados em que o benefício clínico para o doente exceda substancialmente o risco de possível transmissão viral nessa situação específica.

Quando for possível dar preferência a abordagem médica e não cirúrgica, sem comprometer as boas práticas e o nível de evidência atual ou em estratégias com igual nível de evidência

Bloco operatório:

- Número mínimo de funcionários, com equipas rotativas de 7 em 7 dias.
- EPI apropriado para todos os funcionários, dependendo da função e do risco.
- Sistema de ventilação adequado.
- Mudanças de equipa serão necessárias para procedimentos prolongados com EPI completo
- Doentes de alto risco são intubados e extubados no bloco operatório – devem estar presentes o mínimo de elementos da equipa.

- Somente procedimentos endoscópicos de emergência devem ser realizados. Os procedimentos de GI superior são de alto risco e o EPI completo deve ser usado.
- Considere o diagnóstico e o risco de COVID-19 em outras situações cirúrgicas e de emergência e aja de acordo.
- Apresentações com sintomas intestinais ocorrem e a COVID-19 pode apresentar-se inicialmente como uma complicação pós-operatória aparente.
- A colocação de sonda nasogástrica pode ser um procedimento de geração de aerossol (AGP). AGPs são de alto risco e é necessário um EPI completo. Considerar a sua realização num local específico.

4. DECISÃO DE TRATAMENTO IMEDIATO DE ACORDO COM O RISCO DE PROGRESSÃO COM ATRASO NO TRATAMENTO DO CANCRO

(Adaptado do *annals of internal medicine* 27 march 2020)

A decisão de tratamento imediato deverá ser realizada de acordo com o risco de progressão com o atraso no tratamento do cancro, tendo também em conta o risco de morbilidade significativa por Covid-19 avaliado pelas co-morbilidades e idade do doente. Esta decisão deve ser efetuada caso a caso e de acordo com a estrutura hospitalar em que se enquadra.

4.1 Risco Baixo (adiamento superior a 3 meses) _____

Cirurgia:

- Cancro da pele não melanoma
- Cancro da mama não localmente avançado RH+, HER2- em doente pós-menopáusia (necessidade de hormonoterapia NA)
- Cancro da próstata de baixo ou risco intermédio
- Cancro do endométrio Tipo 1
- Tumor do urotélio de baixo grau
- A maioria dos cancros da tiróide
- Tumores renais inferiores a 3 cm
- Cancro cervical em estadio IA1

Hematologia / oncologia:

- Doenças hematológicas crónicas

Radioncologia:

- Cancro da pele não melanoma
- Cancro da mama não localmente avançado HR+, HER2- em doente pós-menopáusia (Necessidade de hormonoterapia neoadjuvante)
- Cancro da próstata de baixo ou risco intermédio
- Linfomas de baixo grau

Risco de morbilidade significativa por COVID-19

Considerar as comorbilidades

Baixa (Menos de 50 anos)	Média (50-70 anos)	Alta Mais de 70 anos
Atrasar tratamento de imediato	Atrasar tratamento de imediato	Atrasar tratamento de imediato

4.2 Risco Intermédio (atraso até 3 meses é aceitável) _____

Cirurgia:

- Cancro da próstata de alto risco (considerar tratamento hormonal se atraso significativo)
- Cancro do cólon com baixo risco de desenvolver oclusão
- Cancro cervical IA
- Melanoma de baixo risco

Hematologia / oncologia:

- Quimioterapia para tumores avançados da mama, cólon e pulmão

Radioncologia:

- Após ressecção de cancro do endométrio
- Cancro da próstata de alto risco (considerar tratamento hormonal)

Risco de morbilidade significativa por COVID-19
Considerar as comorbilidades

Baixa (Menos de 50 anos)	Média (50-70 anos)	Alta Mais de 70 anos
Tratamento de imediato	Avaliar risco/benefício do tratamento imediato	Atrasar tratamento de imediato

4.3 Risco Alto (idealmente não atrasar)

Cirurgia:

- Lesões pulmonares ≥ 2 cm
- Cancro gástrico com sintomatologia obstrutiva
- Cancro do cólon obstrutivo
- Cancro do endométrio Tipo 2
- Lesão pancreática suspeita de malignidade
- Lesão ovárica suspeita de malignidade
- Lesão hepática suspeita de malignidade
- Tumor do urotélio de alto risco musculo-invasivo ou não músculo-invasivo
- Tumor do rim localizado $> cT1b$
- Cancro cervical $cT1b$
- Sarcomas de baixo grau

Hematologia/oncologia:

- Quimioterapia para cancro testicular, retal e cancro hematológico de baixo grau
- Sarcomas de baixo grau
- Tumor do pulmão de pequenas células
- Maioria dos tumores da cabeça e pescoço, exceto tumores da tiróide

Radioncologia:

- Cancro do pulmão
- Cancro do reto
- Tumores da cabeça e pescoço
- Tumores ginecológicos
- Sarcomas de baixo grau

Risco de morbilidade significativa por COVID-19
Considerar as comorbilidades

Baixa (Menos de 50 anos)	Média (50-70 anos)	Alta Mais de 70 anos
Tratamento de imediato	Tratamento de imediato	Avaliar risco/benefício do tratamento imediato

C. Considerações finais

À medida que os cuidados com o doente com cancro e COVID-19 colidem, doentes e profissionais enfrentam escolhas extremamente difíceis. O plano de combate durante esta batalha deve envolver paciência, resiliência, comunicação, diligência e determinação. Os riscos devem ser cuidadosamente equilibrados, as estratégias de saúde pública implementadas exaustivamente e os recursos utilizados com sabedoria. Além disso, as políticas e procedimentos desenvolvidos hoje servirão de base para enfrentar o próximo surto ou crise semelhante.

4. BIBLIOGRAFIA

1. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* . 2020 Feb 15;395(10223):507-513.
2. Dipartimento di Protezione Civile. COVID-19 Italia - Monitoraggio della
3. situazione <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eac82fe38d4138b1>. Accessed March 16, 2020.
4. World Health Organization (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 of 11 March 2020. Available at: who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020. Published March 11, 2020. Accessed March 13, 2020.
5. Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* . 2020 Mar;21(3):335-337.
6. I numeri del Cancro in Italia. The AIRTUM report. fondazioneaiom.it/wp-content/uploads/2019/09/2019_Numeri_Cancro-pazienti-web.pdf. Accessed March 13, 2020.
7. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Implementing provisions of decree-law 23 February 2020, n. 6, concerning urgent measures regarding the containment and management of the epidemiological emergency COVID-19, and subsequent updates and changes. gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/11/20A01605/SG. Updated March 11, 2020. Accessed March 13, 2020.
8. Regional Council decree N° XI / 2906 (8 March 2020) concerning new additional determinations concerning the epidemiological COVID-19 public health emergency. <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c/DGR+2906+8+marzo+2020.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c-n2.vCsc>. Accessed March 13, 2020.
9. Italian Ministry of Health. Recommendations for the management of hematology and oncology patients during the COVID-19 public health emergency. trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73635&parte=1%20&serie=null. Accessed March 13, 2020.
10. A War on Two Fronts: Cancer Care in the Time of COVID-19 Alexander Kutikov, MD; David S. Weinberg, MD, MSc; Martin J. Edelman, MD; Eric M. Horwitz, MD; Robert G. Uzzo, MD, MBA; Richard I. Fisher, MD *Annals of internal medicine* 27 march 2020
11. The Treatment of Patients With Cancer and Containment of COVID-19: Experiences From Italy - March 17, 2020 - Giuseppe Curigliano, MD, PhD
12. NHS England's clinical guide for the management of cancer patients during the coronavirus pandemic R. Simcock, T.V. Thomas, C.E. mercy, A.R. Filippi, M.A. Katz, I.J. Pereira, H. Saeed, COVID-19: Global Radiation Oncology's Targeted Response for Pandemic Preparedness, *Clinical & Translational Radiation Oncology* (2020), doi: <http://doi.org/10.1016/j.cro.2020.03.009>
13. C.E. Coles, C. Aristei, J. Bliss, et al., Editorial – International Guidelines on Radiation Therapy for Breast Cancer During the COVID-19 Pandemic, *Clinical Oncology* 32 (2020) 279-281, doi: <http://doi.org/10.1016/j.clon.2020.03.006>
14. <https://www.rcr.ac.uk/college/coronavirus-covid-19-what-rcr-doing/coronavirus-covid-19-resources/coronavirus-covid-19-1>, accedido em 03/04/2020
15. NHS guideline: Clinical guide for the management of non-coronavirus patients requiring acute treatment: Cancer, 23 March 2020 Version 2.
16. Parecer do Colégio de Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos: Contributo sobre a prática clínica sob a pandemia do SARS-CoV-2 no contexto da COVID-19.
17. Norma da DGS número 009/2020 de 02/04/2020: COVID-19: Fase de Mitigação – Reconfiguração dos Cuidados de Saúde na Área da Oncologia.