

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

PEDRO LUGARINHO MENEZES

Elaboração de protocolos de alta ambulatorial de hospital terciário e seguimento nos centros de atenção à saúde primária e secundária para pacientes tratados de neoplasias urológicas

Ribeirão Preto
2021

PEDRO LUGARINHO MENEZES

Elaboração de protocolos de alta ambulatorial de hospital terciário e seguimento nos centros de atenção à saúde primária e secundária para pacientes tratados de neoplasias urológicas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Uro-oncologia

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Borges dos Reis

Ribeirão Preto
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Menezes, Pedro Lugarinho

Elaboração de protocolos de alta ambulatorial de hospital terciário e seguimento nos centros de atenção à saúde primária e secundária para pacientes tratados de neoplasias urológicas / Pedro Lugarinho Menezes. Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Borges dos Reis. – 2021. 65 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Medicina, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Orientador: Reis, Rodolfo Borges dos.

Versão original

1. Câncer Urológico 2. Seguimento Tardio 3. Nível de Atenção primária

Menezes, P. L. **Elaboração de protocolos de alta ambulatorial de hospital terciário e seguimento nos centros de atenção à saúde primária e secundária para pacientes tratados de neoplasias urológicas**. 2021. 65f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Rodolfo Borges dos Reis, pela orientação, competência, profissionalismo, paciência e dedicação não só durante o período do meu mestrado, mas também durante todos os meus anos de residência médica e como assistente do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

À minha esposa, Priscila, que esteve sempre ao meu lado. Infelizmente, passamos por muitas situações difíceis durante a realização deste trabalho, mas encontramos força um no outro para continuarmos seguindo em frente.

À minha mãe, meu pai e irmãos que mesmo com a distância que a pandemia proporcionou continuam sempre torcendo por mim.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

Menezes, P. L. **Elaboração de protocolos de alta ambulatorial de hospital terciário e seguimento nos centros de atenção à saúde primária e secundária para pacientes tratados de neoplasias urológicas.** 2021. 65f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

As neoplasias malignas urológicas estão se tornando cada vez mais prevalentes nos últimos anos, principalmente pela diminuição da mortalidade decorrente de tratamentos mais eficazes e aumento na expectativa de vida. Essa tendência tem aumentado consideravelmente o número de pacientes com cânceres urológicos em seguimento nos serviços ao redor do mundo, gerando sobrecarga e insatisfação dos pacientes. No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, de janeiro de 2017 até abril de 2019, foram realizadas 905 consultas de caso novo e apenas 249 pacientes receberam alta do serviço. A elaboração de protocolos específicos de seguimento de longo prazo, para ser aplicado nos setores primário e secundário de atenção à saúde, onde especialistas não atuam, torna-se uma ferramenta necessária para os serviços terciários de tratamento oncológico que poderão diminuir o número de consultas ambulatoriais de menor complexidade, além de diminuir a necessidade de deslocamento dos pacientes com a possibilidade de realização de exames próximos ao seu domicílio. O objetivo deste estudo, portanto, foi a confecção de protocolos de seguimento para neoplasias urológicas tratadas, com baixo risco de recidiva, a serem aplicados nos níveis primário e secundário de atenção à saúde. Foram analisadas as recomendações das principais sociedades internacionais e o risco de recidiva tumoral, levando-se em conta o estadiamento tumoral associado aos fatores histológicos do tumor primário. Foram confeccionados protocolos para seguimento dos tumores de próstata, bexiga e rim, com baixo risco de recidiva, nos níveis de atenção à saúde primário e secundário. Houve necessidade de definição arbitrária de alguns critérios por falta de literatura, no entanto é uma atitude pioneira que poderá resultar na racionalização dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Câncer urológico, Protocolo de seguimento, Nível de atenção primário e secundário

ABSTRACT

Menezes, P. L. **Elaboration of outpatient discharge protocols from a tertiary hospital and follow-up in primary and secondary health care centers for patients treated with urological neoplasms.** 2021. 65f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

Urological neoplasms are becoming increasingly prevalent in recent years, mainly due to decreased mortality from more effective treatments and increased life expectancy. This trend has considerably increased the number of patients with urological cancers being followed up in services around the world, leading to overload and patient dissatisfaction. At the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, from January 2017 to April 2019, 905 new case consultations were carried out and only 249 patients were discharged from the service. The elaboration of specific protocols for long-term follow-up, to be applied in the primary and secondary health care sectors, where specialists do not work, becomes a necessary tool for tertiary cancer treatment services that may reduce the number of outpatient consultations less complex, in addition to reducing the need for patients to travel with the possibility of exams close to their home. The objective of the study, therefore, was to create follow-up protocols for urological treated neoplasms, with a low risk of recurrence, to be applied at the primary and secondary levels of health care. The recommendations of the main international societies and the risk of tumor recurrence, considering the tumor staging associated with the histological factors of the primary tumor were analyzed. Protocols were developed to monitor prostate, bladder, and kidney tumors, with a low risk of recurrence, to be applied to primary and secondary health care levels. There was a need for arbitrary definition of some criteria due to lack of literature, however it is a pioneering attitude that may result in the rationalization of the resources of the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Urological cancer, Follow-up protocol, Primary and secondary care level

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer de próstata pós prostatectomia..... | 22 |
| Figura 2 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer de próstata pós radioterapia com ou sem hormonioterapia | 23 |
| Figura 3 - Seguimento do câncer de próstata em vigilância ativa..... | 24 |
| Figura 4 - Seguimento do câncer de próstata em observação..... | 24 |
| Figura 5 - Seguimento do câncer de próstata pós hormonioterapia | 25 |
| Figura 6 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer de bexiga pós RTU vesical | 28 |
| Figura 7 - Seguimento do câncer de bexiga pós cistectomia e preservação vesical..... | 29 |
| Figura 8 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer renal pós nefrectomia total ou parcial | 33 |
| Figura 9 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer renal pós terapia ablativa | 34 |
| Figura 10 - Seguimento do câncer renal em vigilância ativa | 34 |
| Figura 11 - Seguimento do câncer renal em pacientes em terapia sistêmica, massas inoperáveis, baixo status performance..... | 35 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Câncer de Próstata - Orientações sobre frequência do acompanhamento pós-tratamento | 21 |
| Quadro 2 - Câncer De Bexiga - Orientações sobre frequência do acompanhamento pós-tratamento | 27 |
| Quadro 3 - Câncer de Rim - Orientações sobre frequência do acompanhamento pós-tratamento | 32 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AOUR | Ambulatório de Oncologia Urológica |
| AOURP | Ambulatório de Oncologia Urológica da Próstata |
| AOURS | Ambulatório de Oncologia Urológica de Seguimento |
| ASCO | American Society of Clinical Oncology |
| AUA | American Urological Association |
| CB | Câncer de Bexiga |
| CP | Câncer de Próstata |
| CR | Câncer de Rim |
| CROSS | Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde |
| DRS | Direção Regional de Saúde |
| EAU | European Association of Urology |
| ESMO | European Society for Medical Oncology |
| FMRP | Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto |
| HCFMRP | Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto |
| NCCN | National Comprehensive Cancer Network |
| PSA | Antígeno prostático específico |
| RTU | Ressecção Transuretral |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TNM | <i>Tumor Node Metastasis</i> |
| UE | Unidade de Emergência |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1. Tumores Urológicos: Epidemiologia..... | 12 |
| 1.2. Envelhecimento da População x Neoplasias | 14 |
| 1.3. Neoplasias Urológicas no Hospital das Clínicas | 15 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 17 |
| 3. OBJETIVOS | 17 |
| 3.1. Objetivo geral | 17 |
| 3.2. Objetivos específicos | 17 |
| 4. MATERIAL E MÉTODOS | 18 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 19 |
| 5.1. Câncer de Próstata | 20 |
| 5.2. Câncer de Bexiga | 25 |
| 5.3. Câncer de Rim | 30 |
| 5.4. Cartilha de divulgação | 35 |
| 6. CONCLUSÃO | 36 |
| 7. GANHOS | 36 |
| 8. LIMITAÇÕES | 36 |
| 9. BIBLIOGRAFIA | 37 |
| 10. APÊNDICES | 42 |
| 10.1. Apêndice A - Classificação TNM – Câncer de Próstata | 42 |
| 10.2. Apêndice B - Estratificação de Risco – Câncer de Próstata..... | 43 |
| 10.3. Apêndice C - Classificação TNM – Câncer de Bexiga..... | 44 |
| 10.4. Apêndice D - Estratificação de Risco – Câncer de Bexiga..... | 45 |
| 10.5. Apêndice E - Classificação TNM – Câncer de Rim..... | 46 |
| 10.6. Apêndice F – Estratificação de Risco – Câncer de Rim | 47 |
| 11. ANEXOS | 48 |
| 11.1. Anexo A | 48 |

1. INTRODUÇÃO

O câncer é atualmente um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Foram estimados no ano de 2020, 19,3 milhões de novos casos de câncer (18,1 milhões, excluindo os tumores de pele não melanoma) e 10 milhões de mortes (9,9 milhões excluindo os tumores de pele não melanoma).¹ Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que as neoplasias são a primeira ou a segunda causa de morte antes dos 70 anos em 112 de 183 países.² No Brasil, foram estimados 625 mil novos casos de câncer no ano de 2020.³

As neoplasias urológicas, considerando os cânceres de próstata, bexiga, rim, testículo e pênis, respondem por uma parcela importante dos tumores diagnosticados, sendo responsáveis por 2,5 milhões de casos novos e 790 mil mortes no mundo em 2020. No Brasil, respondem por 130 mil casos novos e 30 mil mortes no mesmo período.¹

1.1. Tumores Urológicos: Epidemiologia

1.1.1. Câncer de Próstata

O câncer de próstata (CP) é o mais comum em homens, excetuando câncer de pele não melanoma.¹ Apenas no Brasil foram estimados 66 mil novos casos para cada ano do triênio 2020-2022.³ Nos EUA, cerca de 74% dos diagnósticos são de tumores localizados e apresentam taxa de sobrevida relativa em 5 anos de 100%; 13% apresentam metástases em linfonodos regionais e taxa de sobrevida relativa em 5 anos de 100%; e apenas 7% apresentam metástases à distância ao diagnóstico, com taxa de sobrevida relativa em 5 anos de 30,6%.⁴

A incidência dos tumores prostáticos aumentou muito com a popularização do rastreamento através da dosagem do PSA (antígeno prostático específico) nos anos 1990

e, embora em queda, ainda mantém patamares elevados nos Estados Unidos, já a mortalidade vem caindo desde então.⁴ No Brasil, ocorreram 2 picos na incidência desse tumor, um nos anos 90 e outro maior nos anos 2000, acompanhados também por queda na mortalidade.⁵ Dados da coorte CONCORD-3 demonstram taxa de sobrevida em 5 anos de pacientes diagnosticados com CP variando entre 70-100% no mundo. Nos últimos 20 anos, no Brasil, houve um aumento de 5-10% nessa taxa, sendo atualmente de 90%, dependendo do estadiamento ao diagnóstico.⁶

1.1.2. Câncer de Bexiga

O câncer de bexiga (CB) é o décimo tumor mais frequente diagnosticado no mundo, com 573 mil novos casos e 213 mil mortes no ano de 2020.¹ No Brasil, em homens é o sétimo mais frequente (excetuando-se do câncer de pele não melanoma). Foram estimados, para cada ano do triênio 2020-2022, 7.590 casos em homens e 3.050 em mulheres.³ Em 2017, o CB no nosso país foi responsável pelo óbito de 3.021 homens, taxa de mortalidade de 2,99/100 mil, e 1.334 mulheres, taxa de mortalidade de 1,29/100 mil.⁷ Em relação ao estadiamento, nos EUA, 51% dos tumores são *in situ* ao diagnóstico com taxa de sobrevida relativa em 5 anos de 96%; 34% estão localizados ao sítio primário, com taxa de sobrevida relativa em 5 anos de 69,6%; 7% apresentam metástases para linfonodos regionais, com sobrevida relativa em 5 anos de 37,5%; e 5% são diagnosticados com metástases à distância, com sobrevida relativa em 5 anos estimada em 6,4%.⁸

A incidência do câncer vesical está em queda desde 1990 nos EUA, no entanto houve pouca diferença nas taxas de mortalidade, com leve tendência à queda nos últimos anos.^{8,9} No Brasil, houve aumento significativo de casos atendidos no sistema público de saúde no período de 2008 a 2017, porém ainda sem impacto na taxa de mortalidade.¹⁰

1.1.3. Câncer de Rim

A incidência do câncer de rim (CR) aumentou nas últimas décadas.^{11,12} Uma das explicações é a popularização dos exames de imagem que permitiram diagnósticos incidentais de massa renais¹³ de tamanhos cada vez menores¹⁴, o que pode ter contribuído para a queda da mortalidade observada nos últimos anos.¹⁵

Trata-se do terceiro câncer urológico mais frequente. No Brasil, em 2018, foram estimados 6270 casos novos.¹⁶ Nos EUA foram estimados 70 mil casos novos e 14,5 mil mortes para o ano de 2020.¹¹ Ao diagnóstico, 65% das lesões estão confinadas ao sítio e apresentam 92,7% de sobrevida relativa em 5 anos; 16% são tumores com metástases para linfonodos regionais, com sobrevida relativa de 71% em 5 anos; e 16% são metastáticos ao diagnóstico, com sobrevida relativa em 5 anos de 13,9%.¹⁷

1.2. Envelhecimento da População x Neoplasias

O aumento da expectativa de vida nas últimas décadas é um fator que contribui ao aumento da prevalência do câncer. Uma a cada cinco pessoas receberão o diagnóstico de câncer até a idade de 75 anos.¹ A expectativa de vida de um brasileiro nascido em 1990 era de 66,9 anos. Em 2020, a expectativa de vida saltou para 76,7 anos.¹⁸ A idade média de diagnóstico do câncer prostático é de 66 anos; do tumor vesical, 73 anos (90% têm mais de 55 anos ao diagnóstico); e da neoplasia renal é de 64 anos (raramente diagnosticado antes dos 45 anos).¹⁹

Essa tendência de aumento na prevalência dos tumores urológicos leva a um aumento significativo de pacientes em seguimento nos serviços de urologia oncológica em diversos países.²⁰⁻²² No Brasil, os pacientes do sistema público são tratados e acompanhados em serviços terciários em centros de atendimento em oncologia do

Sistema Único de Saúde (SUS), definidos pela portaria nº 3.535 do GM/Ministério da Saúde.

A superlotação dos serviços especializados gera insatisfação entre os pacientes pelo tempo de espera prolongado para consultas e atendimento de curta duração.²³ Há estudos que tentam encontrar soluções com a criação de protocolos para seguimento desses pacientes em nível primário, porém não há protocolos semelhantes em nossa região.²⁴⁻²⁶

No Reino Unido, *Goodall et al* elaborou, para pacientes com CP, um protocolo de alta ambulatorial de hospitais secundários com seguimento em unidades primárias com efetividade e segurança.²³ No Brasil não é prevista a atuação do médico urologista ou oncologista clínico na atenção primária, sendo consideradas especialidades básicas as de médico da estratégia de saúde da família, generalista, clínico geral, ginecologista e psiquiatra.²⁷ A confecção de um protocolo de seguimento poderia auxiliar no seguimento dos pacientes já tratados e com baixo risco de recorrência, por não especialistas, nas redes primária e secundária de atenção à saúde.

Este tema já foi abordado em um parecer do Conselho Regional de Medicina do Paraná o qual foi indagado sobre possibilidade de alta para pacientes oncológicos urológicos com longo tempo de seguimento. O parecer considerou ética e possível a realização da alta ambulatorial, desde que houvesse um protocolo para seguimento.²⁸

1.3. Neoplasias Urológicas no Hospital das Clínicas

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), serviço terciário e referência no interior de São Paulo, os pacientes com câncer são seguidos em três ambulatórios: Ambulatório de Oncologia Urológica (AOUR), que avalia pacientes com neoplasias de rim, bexiga, testículo e pênis; Ambulatório de Oncologia Urológica da Próstata (AOURP), que avalia neoplasia de próstata; e Ambulatório de

Oncologia Urológica Seguimento (AOURS), que fazem seguimento de pacientes com câncer já tratado e sem sinais de recidiva.

No período de janeiro de 2017 até abril de 2019, foram realizadas 14604 consultas nestes ambulatórios (média mensal de 521 consultas). Foram atendidos 905 casos novos encaminhados pela Direção Regional de Saúde XIII (DRS XIII) de Ribeirão Preto e, mais recentemente, pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS). Devemos salientar que pacientes com demanda “espontânea” ou oriundos da Unidade de Emergência (UE) não estão contabilizados neste total. Neste mesmo período, apenas 249 pacientes receberam alta dos três ambulatórios. Esta situação tem culminado em um número crescente de consultas ambulatoriais, retornos longos e aumento do tempo de espera para ser consultado, resultando em esgotamento da capacidade instalada.

Um levantamento da Divisão de Urologia revelou que em apenas 30 dias de observação, 9 casos novos oncológicos deram entrada em nosso serviço tendo como origem a Unidade de Emergência, pedidos de interconsultas ou solicitação de terceiros.

Existem vários protocolos bem estabelecidos de como manejar o câncer urológico, em relação a métodos diagnósticos, tratamentos e seguimento de curto prazo. No entanto, pouco se discute sobre o seguimento a longo prazo desses pacientes.

2. JUSTIFICATIVA

A alta prevalência das neoplasias urológicas, associada a tratamentos mais eficazes e ao aumento da expectativa de vida, resulta em um número crescente de pacientes oncológicos em seguimento ambulatorial. A elaboração de protocolos específicos de seguimento de longo prazo, para ser aplicado nos setores primário e secundário de atenção à saúde, onde especialistas não atuam, torna-se uma ferramenta necessária para os serviços terciários de tratamento oncológico. Sua implementação certamente resultará em benefícios para os pacientes, diminuição da necessidade de deslocamento e possibilidade de realização de exames de complexidade baixa e média no seu domicílio de origem, e paralelamente para os serviços terciários, que poderão diminuir o número de consultas ambulatoriais de menor complexidade, levando a racionalização dos recursos existentes.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Confecção de protocolos de seguimento para neoplasias urológicas tratadas, com baixo risco de recidiva, a serem aplicados nos níveis primário e secundário de atenção à saúde.

3.2. Objetivos específicos

- Padronizar o seguimento na atenção primária e secundária de atenção à saúde através de protocolos para os pacientes portadores de neoplasia de rim, bexiga e próstata, tratados em centros de oncologia terciários e com baixo risco de recidiva.
- Divulgação dos protocolos de seguimentos para os pacientes portadores de neoplasia de rim, bexiga e próstata tratados, e com baixo risco de recidiva no *site* do Hospital das Clínicas da FMRP – USP e da Secretaria Municipal de Saúde.

4. MATERIAL E MÉTODOS

As recomendações das principais sociedades internacionais (*American Urological Association – AUA; European Association of Urology – EAU; National Comprehensive Cancer Network – NCCN; European Society for Medical Oncology – ESMO e American Society of Clinical Oncology – ASCO*) foram analisadas e adaptadas para a elaboração dos protocolos de seguimento.

Os termos pesquisados em cada protocolo foram: necessidade de manter seguimento pós-tratamento, frequência do seguimento, até quando manter seguimento e possibilidade de alta em cada modalidade de tratamento para cada tipo de tumor.

Foi também analisado o risco de recidiva neoplásica, levando-se em conta o baseado estadiamento tumoral TNM – *Tumor Node Metastasis* (Apêndices A, C e E) associados aos fatores histológicos do tumor primário (Apêndices B, D e F), conforme preconizados pelas sociedades internacionais.

Ao final foram elaborados os protocolos de seguimento para pacientes portadores de neoplasias de rim bexiga e próstata, com baixo risco de recidiva, a serem aplicados na atenção primária e secundária em saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes diagnosticados com tumores do trato urinário tratados em hospital terciário serão acompanhados por lá com consultas médicas, realização de exames laboratoriais e de imagem durante o período em que há a maior possibilidade de recidiva, em geral de 3 a 5 anos, dependendo da neoplasia e seu risco de recidiva, após o tratamento com intenção curadora.

O fato de existirem casos de recidivas mais tardias nos três tipos de tumores selecionados dificulta estabelecer uma data limite para cessar o seguimento. Para tumores menos agressivos o tempo de acompanhamento mínimo, definido arbitrariamente, será de 10 anos pós-tratamento, já para tumores mais agressivos será entre 15 e 20 anos. Levando-se em conta a idade do paciente ao diagnóstico da neoplasia e a expectativa de vida, foi estipulado que esses pacientes serão acompanhados por até 20 anos em caso de idade inferior a 60 anos ao diagnóstico e por até 15 anos nos casos com idade ao diagnóstico superior a 60 anos.

A inclusão no protocolo dependerá do tipo de neoplasia, tratamento realizado, ausência de sinais de recidiva tumoral (métodos de imagem e marcadores) e de sintomas clínicos. Pacientes com sinais de recidiva tumoral ou complicações pós-tratamento foram excluídos do protocolo e realizarão seguimento no HCFMRP.

A organização hierarquizada e regionalizada do SUS²⁹ permite a integração da linha de cuidados, assegurando a continuidade e a globalidade do seguimento que o paciente necessita.³⁰ A confecção e divulgação desses protocolos permite que médicos não especialistas em urologia ou oncologia, especialidades não disponíveis no nível de atenção primário e nem sempre estão presentes no nível de atenção secundário, possam sentir-se seguros ao lidar com esse tipo de paciente, sabendo quais exames solicitar, com que frequência, como interpretar marcadores e quando reencaminhar.

Os pacientes encaminhados do serviço terciário receberão contrarreferência detalhada que conterá informações sobre diagnóstico, procedimento realizado, resultado do anatomopatológico, resultado dos últimos exames de estadiamento, classificação quanto ao risco de recidiva (baixo, intermediário ou alto), programação de seguimento em rede, e orientação sobre quando reencaminhar ao HCFMRP.

5.1. Câncer de Próstata

O resumo das recomendações sobre a frequência do acompanhamento pós cada modalidade de tratamento para o CP está representada na tabela 1. Nenhuma sociedade determina com clareza até quando manter o acompanhamento desses pacientes.

O acompanhamento pós-tratamento do CP é feito com dosagem sérica do PSA, sem necessidade de realização de exames de imagem. Aumentos de PSA maior do que 0,1ng/ml pós prostatectomia ou até 2,0ng/ml pós radioterapia ainda não configuram recidiva bioquímica³¹, porém sinalizam uma forte possibilidade de ocorrer no futuro.

Em geral, cerca de 77% das recidivas bioquímicas do CP ocorrem nos primeiros 5 anos, e 96% ocorrem até 9 anos após o tratamento do tumor primário.³² A recorrência bioquímica do CP pode ser estimada levando-se em conta o valor do PSA pré-operatório, o anatomopatológico (biópsia prostática, nos casos submetidos a radioterapia; avaliação da peça cirúrgica, nos casos submetidos ao tratamento cirúrgico) e a extensão loco regional do tumor.³³ Quando o paciente é submetido a cirurgia (prostatectomia radical), a recidiva ocorre dentro dos primeiros 5 anos em 90% dos pacientes.³⁴ Pacientes portadores de tumor de baixo risco têm chance muito pequena de apresentar recidiva bioquímica após 10 anos de seguimento, sendo possível interromper a dosagem sérica do PSA.³⁵ Dessa forma, os pacientes portadores de tumores de risco baixo, intermediário e alto, serão seguidos no HCFMRP por 5, 6 e 7 anos, respectivamente.

| CÂNCER DE PRÓSTATA | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| ORIENTAÇÕES SOBRE FREQUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO | | | | | |
| | EAU³¹ | AUA^{36,37} | NCCN³⁸ | ASCO³⁹ | ESMO⁴⁰ |
| Prostatectomia Radical | 1º ano: 3, 6 e 12 meses | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando | 1º ao 5º ano: de 6 a 12 meses | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando |
| | 2º e 3º anos: 6 em 6 meses | | Anualmente após | | |
| | Anualmente após | | | | |
| | Não menciona até quando | | | | |
| Radioterapia com ou sem hormonioterapia | 1º ano: 3, 6 e 12 meses | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando | 1º ao 5º ano: de 6 a 12 meses | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando |
| | 2º e 3º anos: 6 em 6 meses | | Anualmente após | | |
| | Anualmente após | | | | |
| | Não menciona até quando | | | | |
| Hormonioterapia Isolada com ou sem quimioterapia | A cada 3 a 6 meses | Não menciona | A cada 3 a 6 meses | Não menciona | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando |
| Vigilância ativa | 6 em 6 meses | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando | 6 em 6 meses | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando |
| | Parar quando paciente tiver expectativa de vida menor que 10 anos | | Parar quando paciente tiver expectativa de vida menor que 10 anos | | |
| Observação | Individualizar caso a caso | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando | Individualizar caso a caso | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando | Menciona que deve ser feito seguimento, mas não fala com qual frequência e nem até quando |

Quadro 1 - Câncer de Próstata - Orientações sobre frequência do acompanhamento pós-tratamento

5.1.1. Doença Localizada

5.1.1.1. Pós prostatectomia radical

O seguimento no nível primário ou secundário será feito através da dosagem sérica de PSA total até completar 10 anos do tratamento em pacientes de risco intermediário e baixo, e por 15 anos para os pacientes de alto risco. Deverão ser reencaminhados ao HCFMRP os pacientes que apresentarem dosagens de PSA superiores a 0,10 ng/ml. A Figura 1 exemplifica o fluxo de seguimento dos pacientes tratados com prostatectomia radical.

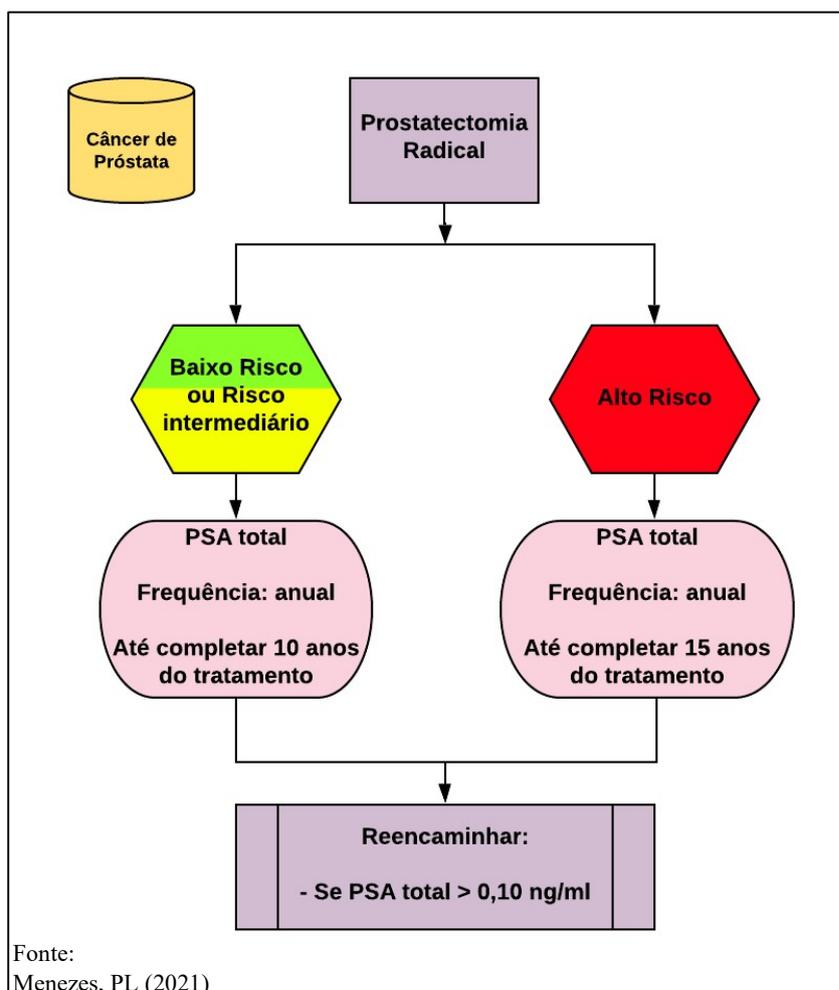


Figura 1 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer de próstata pós prostatectomia

5.1.1.2. Pós radioterapia com ou sem hormonioterapia associada

O seguimento em nível primário ou secundário será feito com exame sérico de PSA total até completar 10 anos em pacientes de risco intermediário e baixo; os pacientes de alto risco deverão manter a dosagem do PSA total anualmente por tempo definido pela idade ao diagnóstico. Caso o paciente tenha tido o diagnóstico com idade maior que 60 anos, o acompanhamento deverá ser mantido até 15 anos do tratamento. Caso a idade ao diagnóstico tenha sido menor que 60 anos, o acompanhamento deverá ser mantido até 20 anos do tratamento. Deverão ser reencaminhados ao HCFMRP os casos nos quais a dosagem sérica do PSA revelarem valores superiores a 2,00 ng/ml. A Figura 2 exemplifica o fluxo de seguimento dos pacientes tratados com radioterapia.

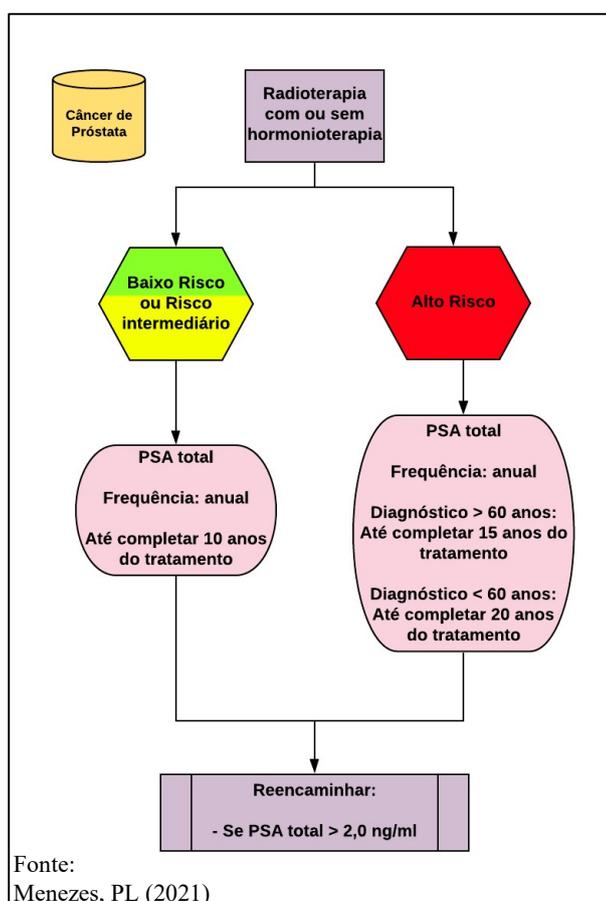


Figura 2 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer de próstata pós radioterapia com ou sem hormonioterapia

5.1.1.3. Vigilância ativa

Por serem pacientes que necessitam de biópsias de próstata com certa frequência e de exames de imagem como Ressonância Magnética e muitos necessitam de tratamento cirúrgico complementar, esses pacientes permanecerão no HCFMRP. A Figura 3 exemplifica o fluxo de seguimento dos pacientes seguidos com vigilância ativa.

5.1.1.4. Observação

Esses pacientes são orientados a procurar o sistema de saúde somente quando apresentarem queixas clínicas, não sendo necessária a realização de exames. Portanto deverão retornar ao serviço terciário somente em situações de deterioração do estado geral decorrente do CP. São pacientes que costumam ter retorno livre direto no HCFMRP. A Figura 4 exemplifica o fluxo de seguimento dos pacientes seguidos com observação.

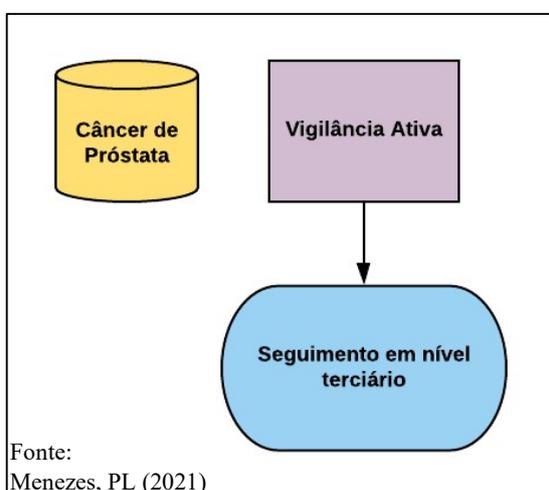


Figura 3 - Seguimento do câncer de próstata em vigilância ativa

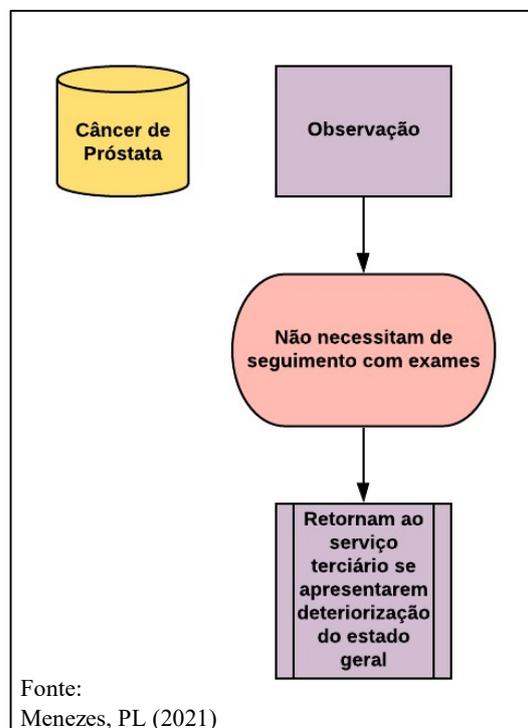


Figura 4 - Seguimento do câncer de próstata em observação

5.1.2. Doença metastática

5.1.2.1. Hormonioterapia com ou sem quimioterapia

Esses pacientes não terão alta ambulatorial do nível terciário, pois necessitam de acompanhamento mais frequente, exames complementares, avaliação da progressão, e mudança da linha de tratamento. A Figura 5 exemplifica o fluxo de seguimento dos pacientes seguidos com hormonioterapia com ou sem quimioterapia.

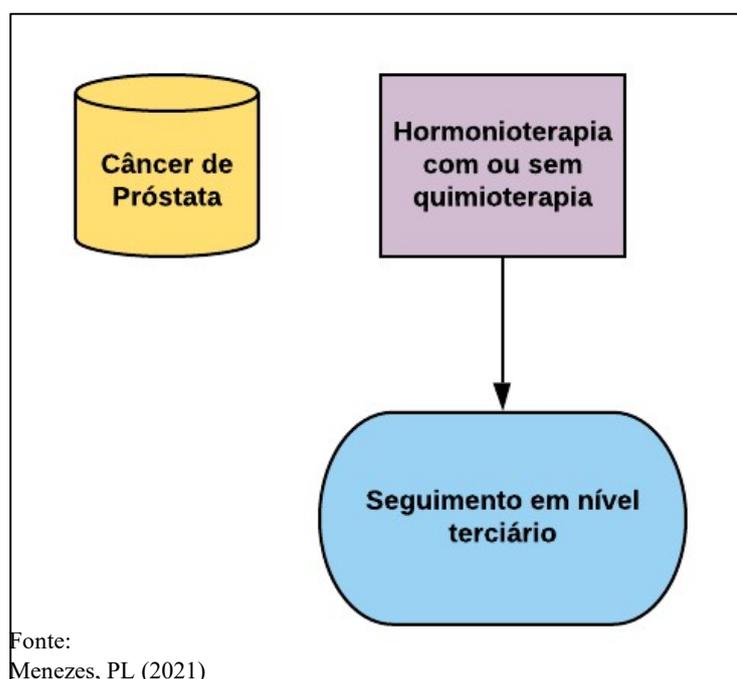


Figura 5 - Seguimento do câncer de próstata pós hormonioterapia

5.2. Câncer de Bexiga

5.2.1. Tumores não músculo invasivos

O resumo das recomendações sobre a frequência do acompanhamento após as diferentes modalidades terapêuticas para o CB está descrito na Tabela 2. Nenhuma sociedade determina com clareza até quando manter o acompanhamento desses pacientes.

Em tumores de baixo grau, localizados, a chance de recorrência após 5 anos de seguimento é baixa. *Marapian e cols* revelaram que 98,3% dos pacientes que não

recidivaram nos primeiros 5 anos permaneceram livres da doença em 20 anos de acompanhamento.⁴¹ Nesses pacientes é possível substituir a cistoscopia por método menos invasivo⁴², como a ultrassonografia de vias urinárias.⁴³ Em tumores de alto risco, mesmo tratados adequadamente e sem sinais de recidiva precoce, pode ocorrer recorrência tardia, inclusive após 10 anos da primeira intervenção.⁴⁴

O seguimento clínico do tumor vesical não músculo invasivo, após alta do serviço de referência em oncologia, deve basear-se na avaliação do aparecimento de sinais e sintomas urinários (hematúria, disúria ou urgência) e exames de imagem. A cistoscopia, citologia oncótica, urina tipo 1, e exames de imagem (ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética) devem ser realizados no período de seguimento em nível terciário, por 10 anos nos pacientes portadores de neoplasias de alto risco de progressão e por 5 anos nos pacientes portadores de tumores de risco baixo e intermediário.

| CÂNCER DE BEXIGA | | | | | |
|--|--|--|---|--------------------------|---|
| ORIENTAÇÕES SOBRE FREQUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO | | | | | |
| | EAU^{45,46} | AUA^{47,48} | NCCN⁴⁹ | ASCO⁴⁸ | ESMO⁵⁰ |
| Pós Ressecção Transuretral vesical – baixo risco | 1º ano: 3 meses e 12 meses pós cirurgia | 1º ano: 3 meses e 9 a 12 meses pós cirurgia | 1º ano: 3 meses e 12 meses pós cirurgia | Não menciona | 1º e 2º anos: a cada 3 a 6 meses |
| | | Anualmente após até 5 anos | Anualmente após até 5 anos | | Após isso, a cada 6 a 12 meses |
| | Anualmente após até 5 anos | Menciona que manter decisão de seguimento após 5 anos deve ser individualizada | Orienta realizar até 5 anos ou mais conforme indicação clínica | | Não menciona até quando realizar |
| Pós Ressecção Transuretral vesical – risco intermediário | Individualizar caso a caso | 1º e 2º anos: a cada 3 a 6 meses | 1º ano: 3 meses e 12 meses pós cirurgia | Não menciona | 1º e 2º anos: a cada 3 a 6 meses |
| | | 3º e 4º anos: a cada 6 a 12 meses | 2º ano: a cada 6 meses | | Após isso, a cada 6 a 12 meses |
| | | Anualmente após | Anualmente após até 5 anos | | Não menciona até quando realizar |
| | Não menciona até quando realizar | Não menciona até quando realizar | Orienta realizar até 5 anos ou mais conforme indicação clínica | | |

| CÂNCER DE BEXIGA | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| ORIENTAÇÕES SOBRE FREQUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO | | | | | |
| | EAU^{45,46} | AUA^{47,48} | NCCN⁴⁹ | ASCO⁴⁸ | ESMO⁵⁰ |
| Pós Ressecção Transuretral vesical – alto risco | 1º e 2º ano: a cada 3 meses | 1º e 2º anos: a cada 3 a 6 meses | 1º e 2º ano: a cada 3 meses | Não menciona | 1º e 2º anos: a cada 3 a 6 meses |
| | 3º ao 5º ano: a cada 6 meses | 3º e 4º anos: a cada 6 a 12 meses | 3º ao 5º ano: a cada 6 meses | | Após isso, a cada 6 a 12 meses |
| | Anualmente após | Anualmente após | Anualmente após | | Não menciona até quando realizar |
| | Não menciona até quando realizar | Não menciona até quando realizar | Orienta realizar até 10 anos ou mais conforme indicação clínica | | |
| Pós cistectomia | Semestral nos primeiros 3 anos | Nos três primeiros anos, de 6 a 12 meses | 1º e 2º ano: a cada 3 a 6 meses | Nos três primeiros anos, de 6 a 12 meses | 1º e 2º anos: a cada 3 a 6 meses |
| | Anualmente após | Anualmente após | Anualmente após | Anualmente após | Após isso, conforme indicação clínica |
| | Não menciona até quando realizar | Não menciona até quando realizar | Orienta realizar até 10 anos ou mais conforme indicação clínica | Não menciona até quando realizar | Não menciona até quando realizar |
| Pós-tratamento trimodal (preservação vesical) | A cada 3 a 4 meses nos primeiros 3 anos | Nos três primeiros anos, de 6 a 12 meses | 1º e 2º anos: a cada 3 meses | Nos três primeiros anos, de 6 a 12 meses | 1º e 2º anos: a cada 3 a 6 meses |
| | Após isso, semestralmente | Anualmente após | 3º e 4º anos: a cada 6 meses | Anualmente após | Após isso, conforme indicação clínica |
| | Não menciona até quando realizar | Não menciona até quando realizar | Anualmente após Orienta realizar até 10 anos ou mais conforme indicação clínica | Não menciona até quando realizar | Não menciona até quando realizar |

Quadro 2 - Câncer De Bexiga - Orientações sobre frequência do acompanhamento pós-tratamento

5.2.1.1. Pós Ressecção Transuretral (RTU) vesical com ou sem terapia adjuvante

Os pacientes serão seguidos no HCFMRP pelo período de 5 anos, após esse período os pacientes poderão ser encaminhados para acompanhamento. O seguimento no nível primário se dará através da avaliação clínica de sinais como hematúria e queixas urinárias (disúria e urgência), urina rotina e ultrassom de vias urinárias anualmente por tempo determinado pela idade ao diagnóstico. Caso o paciente tenha tido o diagnóstico com idade maior que 60 anos, o acompanhamento deverá ser mantido por até 15 anos. Caso a idade ao diagnóstico tenha sido menor que 60 anos, o acompanhamento deverá ser mantido até 20 anos. No caso de aparecimento de sintomas urinários, hematúria ou alterações no exame de imagem, o paciente deverá ser reencaminhado ao HCFMRP. A Figura 6 exemplifica o fluxo de seguimento dos pacientes seguidos pós RTU vesical.

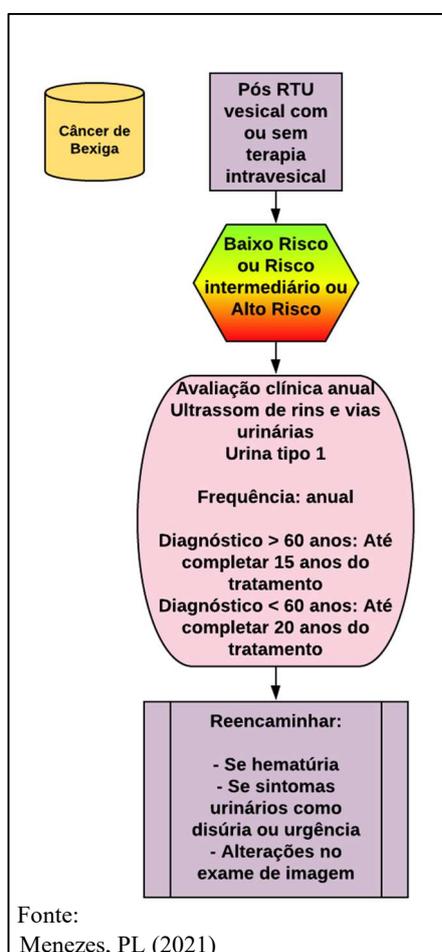


Figura 6 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer de bexiga pós RTU vesical

5.2.2. Tumores músculo invasivos

Pacientes portadores de doença local avançada a recorrência poderá ocorrer mesmo após 20 anos de seguimento.⁵¹ Paciente submetidos a cistectomia apresentam pico de recidiva principalmente nos três primeiros anos, porém recidivas tardias podem ocorrer mesmo após 5 anos.⁵² Os fatores de risco envolvidos com a recidiva são: histologia tumoral, acometimento linfonodal, margem positiva, extensão da linfadenectomia e realização de quimioterapia perioperatória.⁵² Deve-se salientar que a ocorrência de metástases a distância não é um fator incomum nesse grupo de pacientes.⁵³

5.2.2.1. Pós cistectomia

Este cenário clínico devido a sua alta complexidade necessita de acompanhamento especializado para avaliação da derivação urinária realizada, função renal e recidiva neoplásica. Logo realizarão seguimento no serviço de Uro-oncologia do HCFMRP.

5.2.2.2. Preservação vesical

Estes pacientes também necessitam de acompanhamento frequente, multidisciplinar, com necessidade de exames complementares e de imagem, portanto não serão seguidos fora do HCFMRP, conforme exemplificado pela Figura 7.

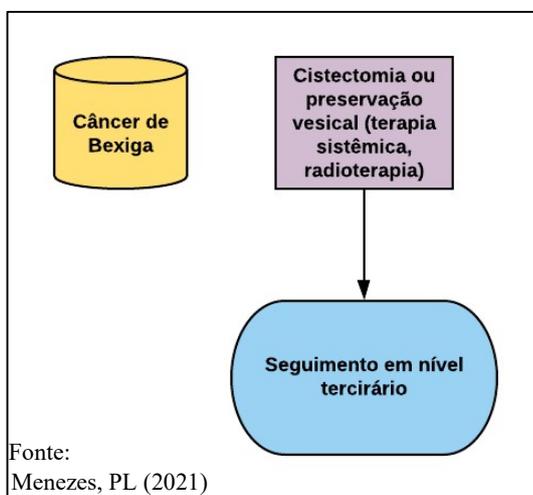


Figura 7 - Seguimento do câncer de bexiga pós cistectomia ou preservação vesical

5.3. Câncer de Rim

O resumo das recomendações sobre a frequência do acompanhamento pós cada modalidade de tratamento para o CR está descrito na Tabela 3. Nenhuma sociedade determina até quando manter o seguimento dos pacientes tratados com intenção curadora.

Sabe-se que a maioria das recidivas tumorais ocorre dentro dos 3 primeiros anos após o tratamento do tumor primário.⁵⁴ Existem nomogramas elaborados e validados para prever a chance de recidiva tumoral nos primeiros 5 anos pós-tratamento⁵⁵, levando em consideração as características clínicas e patológicas do tumor.⁵⁶ Há relatos de recidivas tardias após 10 a 25 anos em órgãos como pulmão, rim contralateral, ossos e cérebro, sobretudo em tumores de alto grau. Anedoticamente um caso de recidiva tumoral foi relatado após 45 anos de seguimento.⁵⁷ Há publicações relatando que recorrências mais tardias cursam com prognóstico mais favorável.⁵⁸

Pelo fato de muitos pacientes tratados serem idosos ou terem sido submetidos a nefrectomia total, apresentado apenas uma unidade renal funcionante, a monitorização da função renal é mandatória. A solicitação de exames deve incluir obrigatoriamente exames bioquímicos como creatinina, ureia e urina tipo 1, para avaliação da função renal; e exames de imagem, ultrassom, tomografia e ressonância magnética, para o diagnóstico de recidivas locais, nos casos de nefrectomia parcial, ou em outros órgãos.

| CÂNCER DE RIM | | | | | |
|---|--|---|---|--------------------|---|
| ORIENTAÇÕES SOBRE FREQUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO | | | | | |
| | EAU ⁵⁹ | AUA ^{60,61} | NCCN ⁶² | ASCO ⁶³ | ESMO ⁶⁴ |
| Pós-nefrectomia total ou parcial baixo risco | 1º ano: a cada 6 meses | 1º ano: 3 a 12 meses do procedimento | 1º ano: 3 a 12 meses do procedimento | Não menciona | Anualmente |
| | Anualmente após | | | | Anualmente após |
| | Não menciona até quando realizar follow-up | Orienta realizar até 3 anos ou mais conforme indicação clínica | Orienta realizar até 5 anos ou mais conforme indicação clínica | | |
| | Recomenda encurtar o seguimento quando o risco de morrer de outras causas for o dobro do do risco de recorrência do câncer renal | | | | |
| Pós-nefrectomia total ou parcial risco intermediário ou alto risco | 1º ano: a cada 6 meses | 1º, 2º e 3º anos: cada 6 meses | - 1º, 2º e 3º anos: cada 6 meses | Não menciona | 1º e 2º anos: 3 a 6 meses |
| | Anualmente após | | | | Anualmente após |
| | Não menciona até quando realizar follow-up | Anualmente após | Anualmente após | | Não menciona até quando realizar follow-up |
| | Recomenda encurtar o seguimento quando o risco de morrer de outras causas for o dobro do do risco de recorrência do câncer renal | Orienta realizar até 3 anos ou mais conforme indicação clínica | Orienta realizar até 5 anos ou mais conforme indicação clínica | | |
| Pós-tratamento ablativo | 1º ano: a cada 6 meses | 1º ano: 3 a 6 meses do procedimento | 1º ano: 3 a 6 meses do procedimento | Não menciona | Não menciona |
| | Anualmente após | | | | |
| | Não menciona até quando realizar follow-up | Anualmente após | Anualmente após | | |
| | Recomenda encurtar o seguimento quando o risco de morrer de outras causas for o dobro do do risco de recorrência do câncer renal | Orienta realizar até 5 anos ou mais conforme indicação clínica | Orienta realizar até 5 anos ou mais conforme indicação clínica | | |

| CÂNCER DE RIM | | | | | |
|--|-------------------------|---|---|---|--------------------------|
| ORIENTAÇÕES SOBRE FREQUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO | | | | | |
| | EAU⁵⁹ | AUA^{60,61} | NCCN⁶² | ASCO⁶³ | ESMO⁶⁴ |
| Vigilância ativa | Não menciona | 1º ano: a cada 6 meses | 1º ano: a cada 6 meses | 1º ano: a cada 3 meses | Não menciona |
| | | | | 2º e 3º anos: a cada 6 meses | |
| | | Anualmente após | Anualmente após | Anualmente após | |
| | | Não menciona até quando realizar follow-up | Não menciona até quando realizar follow-up | Não menciona até quando realizar follow-up | |
| Terapia sistêmica | Não menciona | Não menciona | 1 mês e meio a 4 meses | Não menciona | 2 a 4 meses |

Quadro 3 - Câncer de Rim - Orientações sobre frequência do acompanhamento pós-tratamento

5.3.1. Doença Localizada

5.3.1.1. Pós nefrectomia total ou parcial

O seguimento no nível primário ou secundário dependerá da estratificação de risco. Os pacientes de baixo risco realizarão seguimento no HCFMRP por 3 anos, após serão encaminhados e acompanhados com ultrassom de abdome, ureia, creatinina, urina tipo 1 a cada 2 anos, até completar 10 anos do tratamento. Os de risco intermediário realizarão seguimento no HCFMRP por 5 anos, posteriormente serão acompanhados com tomografia de abdome, ureia, creatinina e urina tipo 1, raio-X de tórax a cada 2 anos até completar 10 anos de seguimento. Os pacientes portadores de tumores de alto risco serão acompanhados no HCFMRP por 5 anos e posteriormente encaminhados para acompanhamento anual com tomografia de abdome, ureia, creatinina, urina tipo 1 e raio-X de tórax. Caso o paciente tenha recebido o diagnóstico com idade maior que 60 anos, o acompanhamento deverá ser mantido por até 15 anos. Caso a idade ao diagnóstico tenha

vido menor que 60 anos, o acompanhamento deverá ser mantido até 20 anos do tratamento.

Nos casos de sintomas clínicos, lesões suspeitas nos exames de imagem, ou deterioração da função renal, o paciente deverá ser reencaminhado ao HCRP. A Figura 8 resume as orientações para os pacientes tratados com nefrectomia total ou parcial.

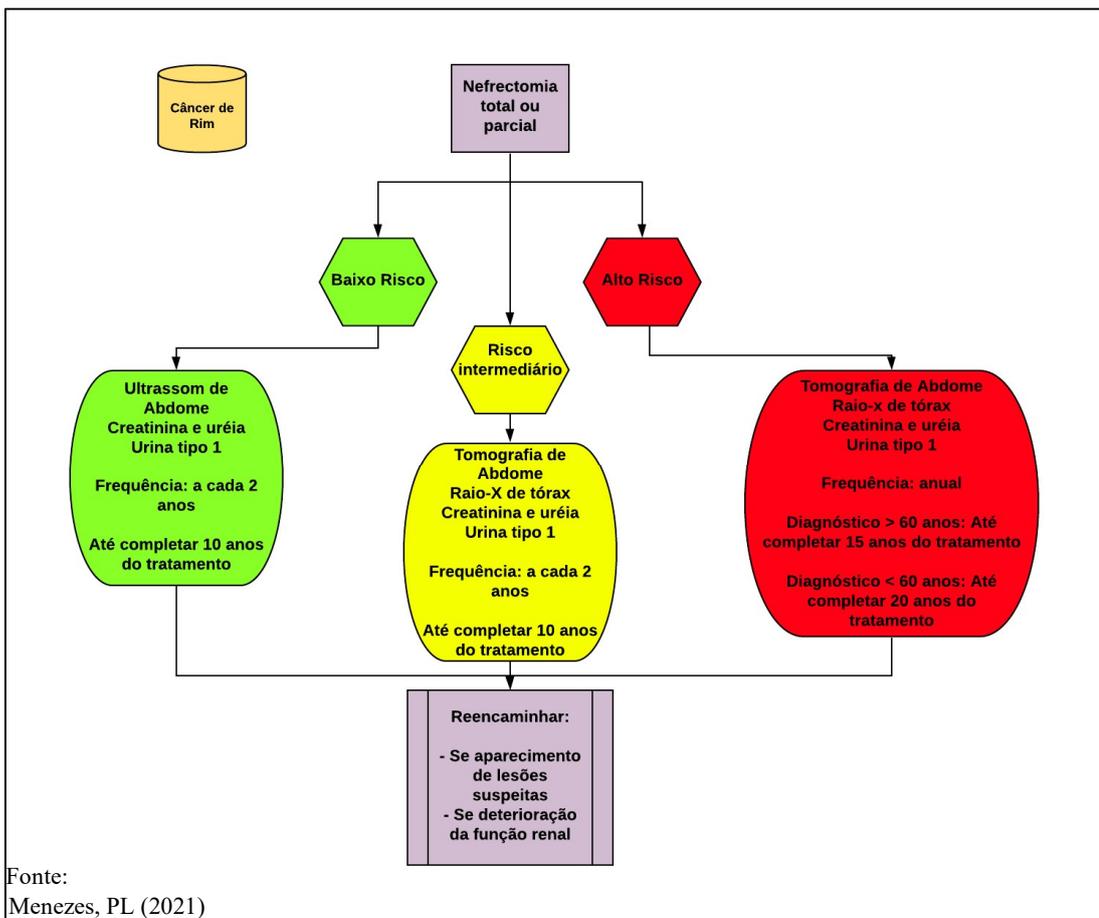


Figura 8 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer renal pós nefrectomia total ou parcial

5.3.1.2. Pós terapia ablativa

O seguimento deverá ser realizado no HCFMRP por 3 anos, após este período os pacientes serão encaminhados para acompanhamento no nível primário ou secundário. Nossa sugestão é a realização de tomografia de abdome a cada 2 anos e dosagens de ureia,

creatinina, urina tipo 1 anualmente. O acompanhamento desses pacientes deverá ser mantido por 10 anos, visto que apenas tumores de baixo risco são tratados por essa modalidade terapêutica. Em casos específicos, rim único, síndromes genéticas hereditárias, tumores de risco intermediário e alto sem condições cirúrgicas, o seguimento será no âmbito do HCFMRP. Em caso de aparecimento de lesões suspeitas ou deterioração da função renal, o paciente deverá ser reencaminhado. A Figura 9 exemplifica o fluxo de seguimento dos pacientes tratados com terapias ablativas.

5.3.1.3. Vigilância ativa

Os pacientes em seguimento com vigilância ativa necessitam de realização frequente de exames de imagem e muitos podem precisar de procedimento cirúrgico ou ablativo, portanto o seu seguimento será realizado no HCFMRP, conforme exemplificado pela Figura 10.

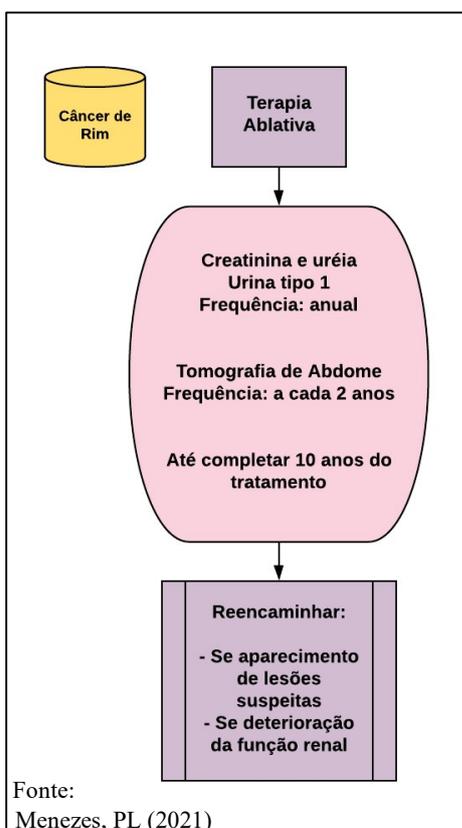


Figura 9 - Seguimento nível primário ou secundário do câncer renal pós terapia ablativa

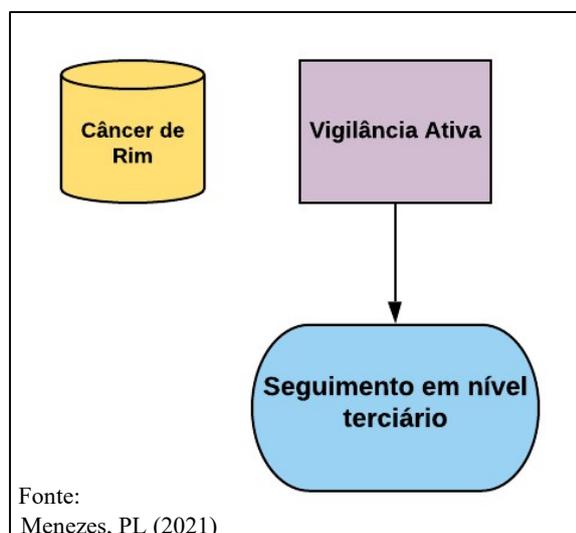


Figura 10 - Seguimento do câncer renal em vigilância ativa

5.3.2. Doença Metastática

5.3.2.1. Terapia sistêmica, massas irressecáveis, pacientes com status ruim

Estes pacientes não apresentam possibilidade de cura, e devido as terapias paliativas empregadas necessitam de acompanhamento frequente por equipe especializada e multidisciplinar, demandando avaliação clínica, exames de imagem e bioquímicos, em intervalos curtos, portanto serão seguidos no HCFMRP, conforme exemplificado na Figura 11.

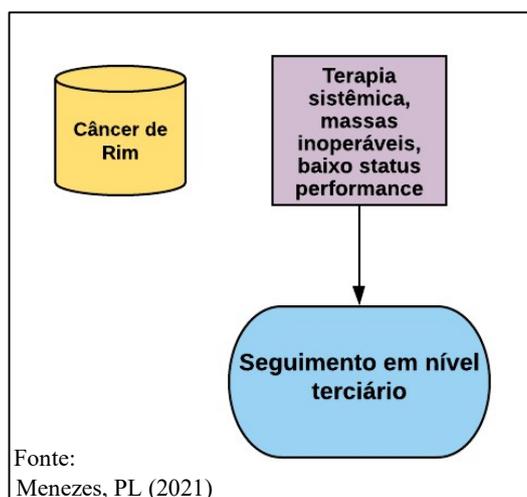


Figura 11 - Seguimento do câncer renal em pacientes em terapia sistêmica, massas inoperáveis, baixo status performance

5.4. Cartilha de divulgação

Uma cartilha detalhada com linguagem clara foi confeccionada para ser divulgada no site institucional, HCFMRP, e junto a secretarias municipais de saúde no âmbito da DRS XIII de Ribeirão Preto. Nela está contida informação sobre as neoplasias de próstata, bexiga e rim; padronização do seguimento; interpretação dos exames solicitados; critérios de reencaminhamento, e a forma como isso será feito. O conteúdo desta cartilha pode ser verificado no Anexo A.

6. CONCLUSÃO

Foram elaborados os protocolos para seguimento nos níveis de atenção à saúde primário e secundário, por não especialistas, dos tumores de próstata, bexiga e rim, com baixo risco de recidiva, tratados no setor de Uro-oncologia do HCFMRP.

O material produzido está disponível no *site* do HCFMRP, assim como na DRS XIII.

7. GANHOS

A elaboração desses protocolos de seguimento foi uma atitude pioneira e poderá resultar na maior racionalização da capacidade instalada disponível, assim como reduzir deslocamentos desnecessário dos pacientes seguindo a tendência mundial de desospitalização e telemedicina.

8. LIMITAÇÕES

A falta de literatura relacionada ao seguimento longo dos pacientes portadores de neoplasia é uma realidade, sendo que alguns critérios foram adotados arbitrariamente para a elaboração dos nossos protocolos.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Sung, H, Ferlay, J, Siegel, RL, Laversanne, M, Soerjomataram, I, Jemal, A, Bray, F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2020.
2. World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. WHO e 2020. Acessado Dezembro, 2020.
3. Câncer, Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de.
4. Cancer, SEER Cancer Stat Facts: Prostate Cancer. Disponível em: <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>>. Acesso em: 01 fev de 2021.
5. Culp, MaryBeth B., et al. "Recent Global Patterns in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates." *European Urology*, vol. 77, no. 1, Jan. 2020, pp. 38–52.
6. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *L.*
7. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, c2014.
8. Cancer, SEER Cancer Stat Facts: Bladder Cancer. Disponível em: <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/urinb.html>>. Acesso em: 01 fev de 2021.
9. Antoni, S., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Znaor, A., Jemal, A., & Bray, F. (2017). Bladder Cancer Incidence and Mortality: A Global Overview and Recent Trends. *European Urology*, 71(1), 96–108.
10. TIMOTEO, Frederico et al . Bladder cancer trends and mortality in the brazilian public health system. *Int. braz j urol.*, Rio de Janeiro , v. 46, n. 2, p. 224-233, Mar. 2020 .
11. Siegel, R.L., Miller, K.D. and Jemal, A. (2020), *Cancer statistics, 2020*. *CA A Cancer J Clin*, 70: 7-30. doi:10.3322/caac.21590.
12. Wong MCS, Goggins WB, Yip BHK, Fung FDH, Leung C, Fang Y, Wong SYS, Ng CF. Incidence and mortality of kidney cancer: temporal patterns and global trends in 39 countries. *Sci Rep.* 2017 Nov 16 e 7(1):15698.
13. Gupta, K., Miller, J. D., Li, J. Z., Russell, M. W., & Charbonneau, C. (2008). Epidemiologic and socioeconomic burden of metastatic renal cell carcinoma (mRCC): A literature review. *Cancer Treatment Reviews*, 34(3).
14. Kane, C.J., Mallin, K., Ritchey, J., Cooperberg, M.R. and Carroll, P.R. (2008), Renal cell cancer stage migration. *Cancer*, 113: 78-83. doi:10.1002/cncr.23518.
15. Pantuck AJ, Zisman A, Belldegrun AS (2001), The changing natural history of renal cell carcinoma. *J Urol.* 2001 Nov e 166(5):1611-23.
16. 2018, INCA - Instituto Nacional do Câncer.
17. Cancer, SEER Cancer Stat Facts: Kidney Cancer. Disponível em: <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/kidrp.html>>. Acesso em: 01 fev de 2021.

18. IBGE. Tábuas Completas de Mortalidade, 2019. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 dez de 2020.
19. 2021., American Cancer Society. Cancer Facts & Figures.
20. 2018, Allemani C et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. e 391(10125).
21. Ferlay J, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2013. 2015.
22. Chavan, S., et al. International variations in bladder cancer incidence and mortality. *Eur Urol*, 2014. 66: 59.
23. Goodall, P. P., Little, J. , Robinson, E. , Trimble, I. , Cole, O. J. and Walton, T. J. (2017), Initial experience of an algorithm-based protocol for the community follow-up of men with prostate cancer. *BJU Int*, 119: 67-73. doi:10.1111/bju.13446.
24. Pascoe SW, Neal RD, Allgar VL, Selby PJ, Wright EP. Psychosocial care for cancer patients in primary care? Recognition of opportunities for cancer care. *Fam Pract* 2004 e 437–42, 21:.
25. Taplin S, Rodgers A, Toward B. Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. *J Natl cancer Inst Monogr* 2010 e 3–10, 40:.
26. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003 e 38:831–65.
27. BRASIL. Portaria nº 37/MS, de 18 de janeiro de 2021. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União*, 21 de jan. 2021, ed. 14, Seção 1, p 132.
28. CRM-PR, Parecer No 2422/2013.
29. Gondim, Roberta (Org.) *Qualificação de gestores do SUS*. / organizado por Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes – 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.480 p. ISBN: 978-85-61445-67-6.
30. Hartz Zulmira M. de Araújo, Contandriopoulos André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública e S331-S336*, 20(Suppl 2):.
31. *Prostate Cancer, EAU Guidelines*. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
32. Pound CR, Partin AW, Eisenberger MA, et al. Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. *JAMA*. 1999 e 281:1591.
33. Stephenson AJ, Scardino PT, Eastham JA, et al. Postoperative nomogram predicting the 10-year probability of prostate cancer recurrence after radical prostatectomy. *J Clin Oncol*. 2005 e 23(28):7005–7012.

34. Caire, Arthur A., et al. "Delayed Prostate-Specific Antigen Recurrence after Radical Prostatectomy: How to Identify and What Are Their Clinical Outcomes?" *Urology*, vol. 74, no. 3, Sept. 2009, pp. 643–47, doi:10.1016/j.urology.2009.02.049.
35. Loeb Stacy, et al. "Can We Stop Prostate Specific Antigen Testing 10 Years After Radical Prostatectomy?" *Journal of Urology*, vol. 186, no. 2, Aug. 2011, pp. 500–05, doi:10.1016/j.juro.2011.03.116.
36. Lowrance WT, Roth BJ, Kirkby E, Murad MH, Cookson MS. Castration-Resistant Prostate Cancer: AUA Guideline Amendment 2015. *The Journal of Urology*. 2016 May e 10.1016/j.juro.2015.10.086., 195(5):1444-1452.
37. Sanda, Martin G., et al. "Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline. Part I: Risk Stratification, Shared Decision Making, and Care Options." *The Journal of Urology*, vol. 199, no. 3, Mar. 2018, doi:10.1016/j.juro.2017.11.095.
38. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Prostate Cancer, Version 2.2021, February 17, 2021.
39. Bekelman, Justin E., et al. "Clinically Localized Prostate Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Endorsement of an American Urological Association/American Society for Radiation Oncology/Society of Urologic Oncology Guideline." *Journal of Clinical Onco.*
40. Parker, C., et al. "Cancer of the Prostate: ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-Up." *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, vol. 26 Suppl 5, Sept. 2015, doi:10.1093/annonc/mdv2.
41. Mariappan, Paramanathan, and Gordon Smith. "A Surveillance Schedule for G1Ta Bladder Cancer Allowing Efficient Use of Check Cystoscopy and Safe Discharge at 5 Years Based on a 25-Year Prospective Database." *The Journal of Urology*, vol. 173, no. 4, Apr. 2.
42. Soukup, Viktor, et al. "Follow-up after Surgical Treatment of Bladder Cancer: A Critical Analysis of the Literature." *European Urology*, vol. 62, no. 2, Aug. 2012, doi:10.1016/j.eururo.2012.05.008.
43. Niwa, Naoya, et al. "Comparison of Outcomes between Ultrasonography and Cystoscopy in the Surveillance of Patients with Initially Diagnosed TaG1-2 Bladder Cancers: A Matched-Pair Analysis." *Urologic Oncology*, vol. 33, no. 9, Sept. 2015, doi:10.1016/j.urol.
44. Holmang, Sten, and Viveka Strock. "Should Follow-up Cystoscopy in Bacillus Calmette-Guerin-Treated Patients Continue after Five Tumour-Free Years?" *European Urology*, vol. 61, no. 3, Mar. 2012, pp. 503–07, doi:10.1016/j.eururo.2011.11.011.
45. Non-muscle-invasive Bladder Cancer, EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
46. Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer, EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
47. Chang, Sam S., et al. "Diagnosis and Treatment of Non-Muscle Invasive Bladder Cancer: AUA/SUO Guideline." *The Journal of Urology*, vol. 196, no. 4, Oct. 2016, pp. 1021–29, doi:10.1016/j.juro.2016.06.049.

48. Chang, Sam S., et al. "Treatment of Non-Metastatic Muscle-Invasive Bladder Cancer: AUA/ASCO/ASTRO/SUO Guideline." *The Journal of Urology*, vol. 198, no. 3, Sept. 2017, doi:10.1016/j.juro.2017.04.086.
49. Bladder Cancer, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Version 3.2021, April 22, 2021.
50. Bellmunt, J., et al. "Bladder Cancer: ESMO Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-Up." *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, vol. 25 Suppl 3, Sept. 2014, pp. iii40–48, doi:10.1093/annonc/mdu22.
51. Stewart-Merrill, Suzanne B., et al. "Evaluation of Current Surveillance Guidelines Following Radical Cystectomy and Proposal of a Novel Risk-Based Approach." *Urologic Oncology*, vol. 33, no. 8, Aug. 2015, doi:10.1016/j.urolonc.2015.04.017.
52. Huguet, J. "Follow-up after radical cystectomy based on patterns of tumour recurrence and its risk factors." *Actas urologicas espanolas*, vol. 37, no. 6, June 2013, pp. 376–82, doi:10.1016/j.acuro.2013.01.005.
53. Donat, S. Machele. "Staged Based Directed Surveillance of Invasive Bladder Cancer Following Radical Cystectomy: Valuable and Effective?" *World Journal of Urology*, vol. 24, no. 5, Nov. 2006, pp. 557–64, doi:10.1007/s00345-006-0117-8.
54. Eggener, Scott E., et al. "Renal Cell Carcinoma Recurrence After Nephrectomy for Localized Disease: Predicting Survival From Time of Recurrence." *Journal of Clinical Oncology*, vol. 24, no. 19, 2006, pp. 3101–06.
55. Leibovich BC, Blute ML, Chevillie JC et al. Prediction of progression after radical nephrectomy for patients with clear cell renal cell carcinoma: a stratification tool for prospective clinical trials. *Cancer* 2003 e 1663–1671., 97(7):.
56. Brierley JD, Gospodarowicz MK and Wittekind C (eds). *IUCC TNM Classification of Malignant Tumours*, 8th edition. Oxford: John Wiley & Sons, Inc. 2016 e 114–115.
57. Tapper, Helene et al. Recurrent renal cell carcinoma after 45 years, *Clinical Imaging*, Volume 21, Issue 4, 273 - 275.
58. Adamy, Ari, et al. "Clinical Characteristics and Outcomes of Patients With Recurrence 5 Years After Nephrectomy for Localized Renal Cell Carcinoma." *Journal of Urology*, vol. 185, no. 2, 2011, pp. 433–38.
59. Renal Cell Carcinoma, EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
60. Donat SM, Diaz M, Bishoff JT et al: Follow-up for clinically localized renal neoplasms: AUA guideline. *J Urol* 2013 e 407, 190:.
61. Campbell S. et al, Renal Mass and Localized Renal Cancer: AUA Guideline, *J Urol*. 2017 Sep e 10.1016/j.juro.2017.04.100., 198(3):520-529.
62. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Kidney Cancer, Version 4.2021, April 19, 2021.

63. Antonio Finelli et al, Management of Small Renal Masses: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline, Journal of Clinical Oncology 35, no. 6 (February 20, 2017) 668-680.

64. B. Escudier et al, Renal Cell Carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines, Ann Oncol (2019) 30:706-720.

65. Brierley, J.D., et al., TNM classification of malignant tumors. UICC International Union Against Cancer. 8th edn. 2017.

66. Prostate Cancer, EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2020. ISBN 978-94-92671-07-3.

10. APÊNDICES

10.1. Apêndice A - Classificação TNM – Câncer de Próstata

| Classificação TNM – Câncer de Próstata⁶⁵ | |
|--|---|
| T – Tumor primário | |
| TX | Não pode ser mensurado |
| T0 | Sem evidência de tumor |
| T1a | Achado histológico incidental em menos de 5% do tecido ressecado |
| T1b | Achado histológico incidental em mais de 5% do tecido ressecado |
| T1c | Tumor identificado na biópsia de próstata |
| T2a | Tumor confinado em até metade de um lobo prostático (toque) |
| T2b | Tumor confinado em mais da metade de um lobo prostático, unilateral (toque) |
| T2c | Tumor acomete os 2 lobos (toque) |
| T3a | Tumor com extensão extracapsular |
| T3b | Tumor com invasão da vesícula seminal |
| T4 | Tumor fixo ou invadindo estruturas adjacentes (esfíncter externo, reto, músculo elevador do ânus, parede pélvica) |
| N – Linfonodos | |
| NX | Não é possível saber se há linfonodos regionais |
| N0 | Sem linfonodos regionais acometidos |
| N1 | Acometimento de linfonodos regionais |
| M – Metástases | |
| M0 | Sem metástases |
| M1a | Metástases para linfonodos não regionais |
| M1b | Metástases para ossos |
| M1c | Metástases para outros sítios |

10.2. Apêndice B - Estratificação de Risco – Câncer de Próstata

| Estratificação de Risco – Câncer de Próstata⁶⁶ | | | |
|--|---|--|--|
| Baixo Risco | Risco intermediário | Alto risco | |
| PSA < 10ng/mL e Gleason < 7 (ISUP 1) e cT1-2a | PSA 10-20 ng/mL ou Gleason 7 (ISUP 2/3) ou cT2b | PSA > 20 ng/mL ou Gleason > 7 (ISUP 4/5) ou cT2c | Qualquer PSA e Qualquer gleason e cT3-4 ou cN+ |
| Localizado | | | Localmente avançado |

10.3. Apêndice C - Classificação TNM – Câncer de Bexiga

| Classificação TNM – Câncer de Bexiga⁶⁵ | |
|--|--|
| T – Tumor primário | |
| TX | Não pode ser mensurado |
| T0 | Sem evidência de tumor |
| Ta | Carcinoma papilar não invasivo (não invade lâmina própria) |
| Tis | Carcinoma in situ |
| T1 | Tumor invade lâmina própria |
| T2a | Tumor invade musculatura superficial |
| T2b | Tumor invade musculatura profunda |
| T3a | Tumor invade gordura perivesical microscopicamente |
| T3b | Tumor invade gordura perivesical macroscopicamente |
| T4a | Tumor invade estroma prostático, vesícula seminal, útero ou vagina |
| T4b | Tumor invade parede pélvica ou abdominal |
| N – Linfonodos | |
| NX | Não se pode avaliar presença de linfonodos |
| N0 | Sem linfonodos regionais acometidos |
| N1 | Presença de 1 linfonodo acometido na pelve (cadeia hipogástrica, obturadora, ilíaca externa ou sacral) |
| N2 | Presença de mais de 1 linfonodo acometido na pelve (cadeia hipogástrica, obturadora, ilíaca externa ou sacral) |
| N3 | Presença de linfonodos acometidos na cadeia ilíaca comum |
| M – Metástases | |
| M0 | Ausência de metástases |
| M1a | Metástases em linfonodos não regionais |

10.4. Apêndice D - Estratificação de Risco – Câncer de Bexiga

| Estratificação de Risco – Câncer de Bexiga⁴⁷ | | |
|---|--|---|
| Baixo Risco | Risco intermediário | Alto Risco |
| <p>pTa de baixo grau \leq 3cm</p> <p>Neoplasia papilar urotelial de baixo potencial de malignidade</p> | <p>pTa de baixo grau com recorrência dentro de 1 ano</p> <p>Lesão única pTa de baixo grau $>$ 3cm</p> <p>pTa de baixo grau multifocal</p> <p>pTa de alto grau \leq 3cm</p> <p>pT1 de baixo grau</p> | <p>pT1 de alto grau</p> <p>Qualquer recorrência de Ta de alto grau</p> <p>pTa de alto grau $>$3cm (ou multifocal)</p> <p>Carcinoma in situ (CIS)</p> <p>Falha de BCG em tumor de alto grau</p> <p>Qualquer variante histológica</p> <p>Qualquer invasão linfovascular</p> <p>Qualquer envolvimento de uretra</p> <p>prostática de alto grau</p> |

10.5. Apêndice E - Classificação TNM – Câncer de Rim

| Classificação TNM – Câncer Renal⁶⁵ | |
|--|--|
| T – Tumor primário | |
| TX | Não pode ser mensurado |
| T0 | Sem evidência de tumor |
| T1a | Tumor \leq 4cm |
| T1b | Tumor entre 4 e 7cm |
| T2a | Tumor entre 7 e 10cm |
| T2b | Tumor >10cm, limitado ao rim |
| T3a | Tumor estende-se para veia renal, ou invade seio renal, ou invade gordura peripelvica, sem invasão da fáscia de Gerota |
| T3b | Tumor estende-se para veia cava abaixo do diafragma |
| T3c | Tumor estende-se para veia cava acima do diafragma ou invade a parede da veia cava |
| T4 | Tumor invade além da fáscia de Gerota (incluindo invasão contígua com glândula adrenal ipsilateral) |
| N – Linfonodos | |
| NX | Não é possível saber se há linfonodos regionais |
| N0 | Sem linfonodos regionais acometidos |
| N1 | Acometimento de linfonodos regionais |
| M – Metástases | |
| M0 | Sem metástases |
| M1 | Presença de metástases |

10.6. Apêndice F – Estratificação de Risco – Câncer de Rim

| Estratificação de Risco – Câncer Renal - Score SSIGN⁵⁵ | | |
|--|----------------------------|-----------------------------------|
| Categoria patológica do tumor (T) | Pontos | |
| pT1a | 0 | |
| pT1b | 2 | |
| pT2 | 3 | |
| pT3a-4 | 4 | |
| Linfonodos regionais (N) | Pontos | |
| pNx ou pN0 | 0 | |
| pN1 ou pN2 | 2 | |
| Tamanho do tumor | Pontos | |
| < 10cm | 0 | |
| ≥ 10 cm | 1 | |
| Grau Nuclear | Pontos | |
| 1 ou 2 | 0 | |
| 3 | 1 | |
| 4 | 3 | |
| Necrose tumoral na histologia | Pontos | |
| Não | 0 | |
| Sim | 1 | |
| Total de pontos | Grupo | 5 anos livre de metástases |
| 0-2 | Baixo risco | 97,1% |
| 3-5 | Risco intermediário | 73,8% |
| 6 ou mais | Alto risco | 31,2% |

11. ANEXOS

11.1. Anexo A

Cartilha de orientações para seguimento de neoplasia urológicas em nível de atenção primário e secundário

Dr. Pedro Lugarinho Menezes

Prof. Dr. Rodolfo Borges dos Reis

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – FMRP – USP

Sumário

| | |
|--------------------------------------|----|
| Introdução..... | 50 |
| Orientações gerais..... | 51 |
| Câncer de Próstata | 52 |
| Câncer de Bexiga..... | 57 |
| Câncer Renal..... | 60 |
| Orientações de Reencaminhamento..... | 64 |
| Bibliografia..... | 65 |

Introdução

Há um aumento importante da incidência das principais neoplasias malignas urológicas, principalmente de próstata, bexiga e rim, em dados mundiais e brasileiros nos últimos anos, sendo também observada aumento na expectativa de vida e diminuição da mortalidade e conseqüentemente aumento na prevalência desses tumores. Essa tendência tem aumentado consideravelmente o número de pacientes com cânceres urológicos em seguimento nos serviços terciários de Urologia.

Propusemos que os pacientes acompanhados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP) por tempo determinado após o tratamento, sem necessidade de retornos precoces, já passada a fase de maior chance de recidiva, poderão ser acompanhados em nível de atenção primário ou secundário. Com isso, diminuiremos a necessidade de deslocamento e possibilidade de realização de exames na sua cidade de origem. Isto trará impacto não só na qualidade de vida dos pacientes como nos gastos do sistema público de saúde com o uso racional dos recursos instalados

Essa cartilha resume as principais características dos tumores de próstata, de bexiga e de rim, explicando como deve ser feito o seguimento, com descrição de que exames deverão ser realizados e como interpretá-los e em qual situação o paciente deverá ser reencaminhado ao nosso serviço.

Orientações gerais

Os pacientes diagnosticados com tumores do trato urinário serão tratados e acompanhados no HCRP com consultas médicas, realização de exames laboratoriais e de imagem durante o período em que há a maior possibilidade de recidiva.

De acordo com o tipo de tumor, tipo de tratamento proposto, comportamento dos exames ao longo deste seguimento, o paciente poderá continuar a ter o acompanhamento em unidades de atendimento no nível primário e secundário.

Para que isso ocorra, esses pacientes levarão consigo um relatório completo de alta contendo: diagnóstico, procedimento realizado, resultado anatomopatológico, resultado dos últimos exames de estadiamento, classificação do paciente quanto ao risco de recidiva tumoral (baixo, risco ou alto), programação de seguimento, orientação sobre quando reencaminhar ao HCRP.

Paciente com sinais de recidiva tumoral ou complicações pós-tratamento continuarão o seguimento em nível terciário.

Câncer de Próstata

Segundo dados do INCA, existe uma estimativa de 66 mil novos casos de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022, sendo o câncer mais comum em homens, excetuando câncer de pele não melanoma. Dados da coorte CONCORD-3, demonstram taxa de sobrevivência em 5 anos de pacientes diagnosticados com câncer de próstata variando entre 70-100% no mundo. Nos últimos 20 anos, no Brasil, houve um aumento de 5-10% nessa taxa, sendo atualmente de 90%.

A maior parte dos pacientes descobrem o diagnóstico durante exames de rastreio, realizado habitualmente em homens com mais de 50 anos ou homens negros ou com parentes de 1º grau aos 45 anos, pois em fases iniciais não apresenta sintomas clínicos.

Uma vez identificado o câncer de próstata, através da biópsia da próstata, o tratamento pode ter diversas modalidades a depender do estágio tumoral e risco de metástases (baixo, intermediário e alto). Pode-se realizar: prostatectomia, radioterapia, radioterapia com hormonioterapia. Casos metastáticos são tratados com terapia sistêmica. Pacientes com tumores de próstata de muito baixo risco podem ser acompanhados através da vigilância ativa. Pacientes muito idosos ou com muitas comorbidades e portadores de tumores de próstata podem apenas serem observados (*“watchful waiting”*), sem instituição imediata de um tratamento.

De um modo geral, cerca de 77% das recidivas bioquímicas do tumor ocorrem dentro dos primeiros 5 anos e 96% ocorrem até 9 anos.

Após realizado o tratamento com intuito curativo, o seguimento é realizado com a coleta de PSA, não havendo habitualmente a necessidade de toque retal ou exames de imagem. Os pacientes portadores de tumores de risco baixo, intermediário e alto, serão seguidos no HCFMRP por 5, 6 e 7 anos, respectivamente.

A) Prostatectomia Radical (Figura 1)

Risco baixo ou intermediário: coleta de PSA total anualmente até completar 10 anos do tratamento.

Alto risco: coleta de PSA total anualmente até completar 15 anos do tratamento.

O paciente deverá ser reencaminhado caso apresente PSA total > 0,10ng/ml.

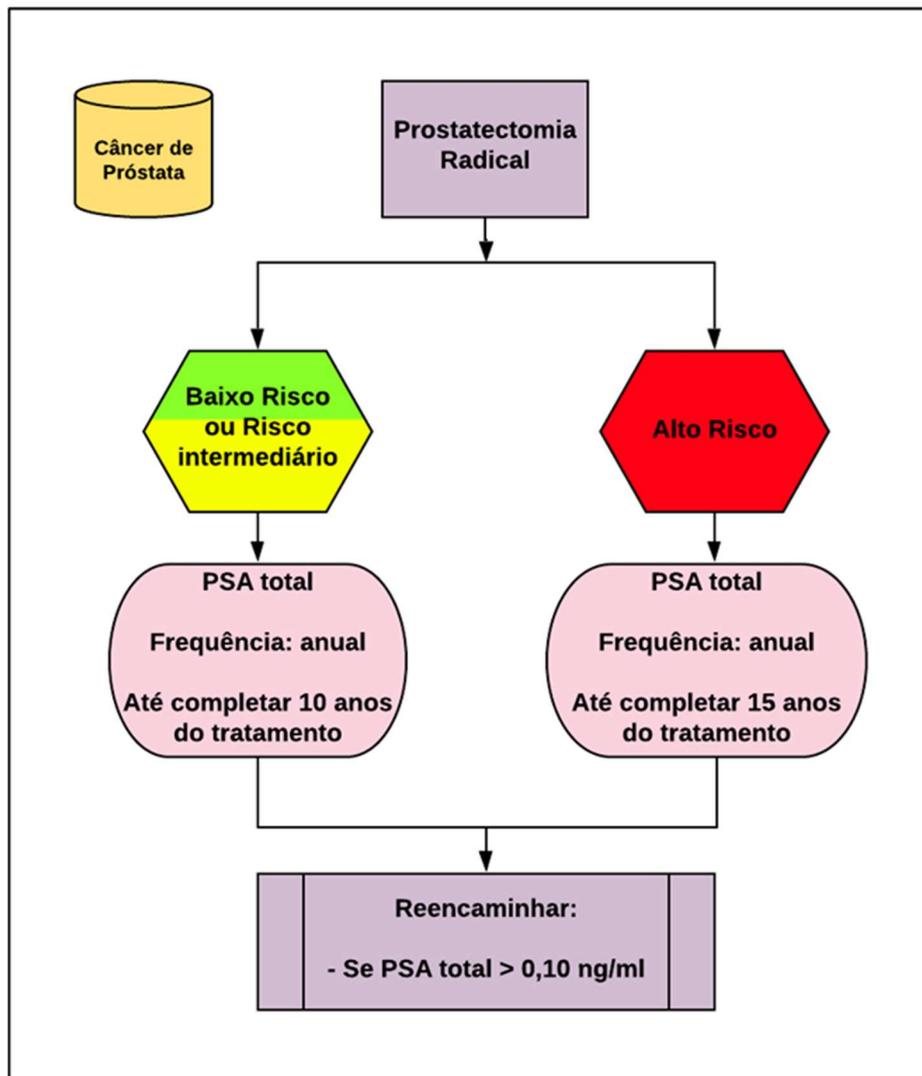


Figura 1 - Seguimento do câncer de próstata pós prostatectomia radical

B) Radioterapia com ou sem hormonioterapia (Figura 2)

Risco baixo ou intermediário: PSA total anualmente até completar 10 anos do tratamento

Alto risco: PSA total anualmente. Se ao diagnóstico paciente tinha mais de 60 anos, deverá repetir exames até completar 15 anos do tratamento. Se ao diagnóstico, tinha menos do que 60 anos, deverá acompanhar até 20 anos do tratamento.

O paciente deverá ser reencaminhado caso apresente PSA total > 2,00ng/ml.

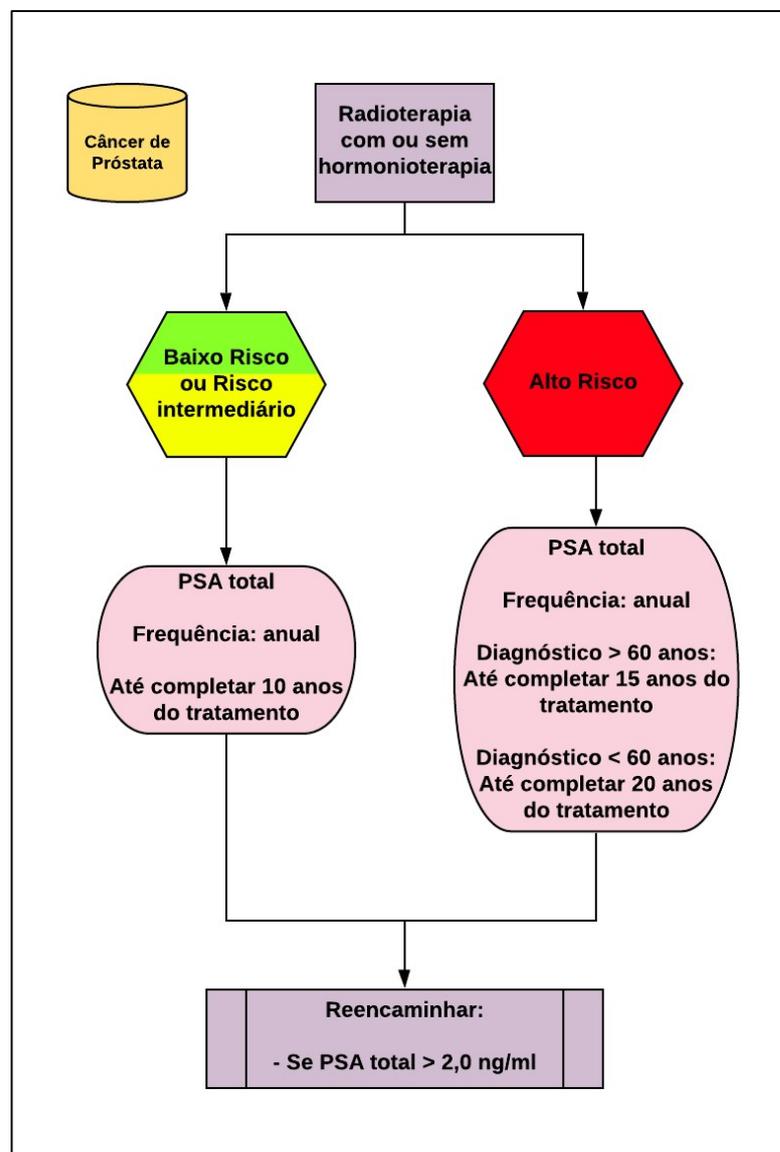


Figura 2 - Seguimento do câncer de próstata pós radioterapia com ou sem hormonioterapia

C) Vigilância Ativa (Figura 3)

Por serem pacientes que necessitam de biópsias de próstata com certa frequência e de exames de imagem como ressonância magnética e muitos necessitam de tratamento cirúrgico complementar, esses pacientes permanecerão no HCRP.

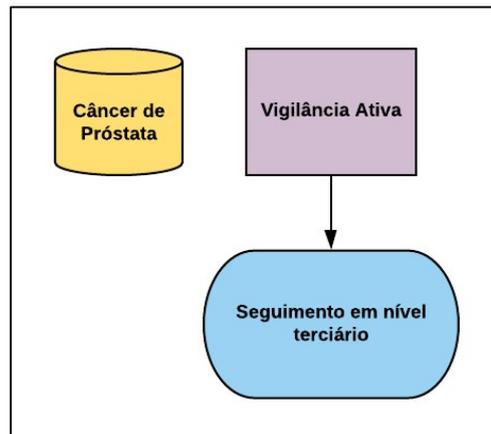


Figura 3 - Seguimento do câncer de próstata em vigilância ativa

D) Observação (Figura 4)

Esses pacientes são orientados a procurar o sistema de saúde somente quando apresentarem queixas clínicas, não sendo necessária a realização de exames. Portanto deverão retornar ao serviço terciário somente em situações de deterioração do estado geral decorrente do câncer de próstata. São pacientes que costumam ter retorno livre direto no HCRP.

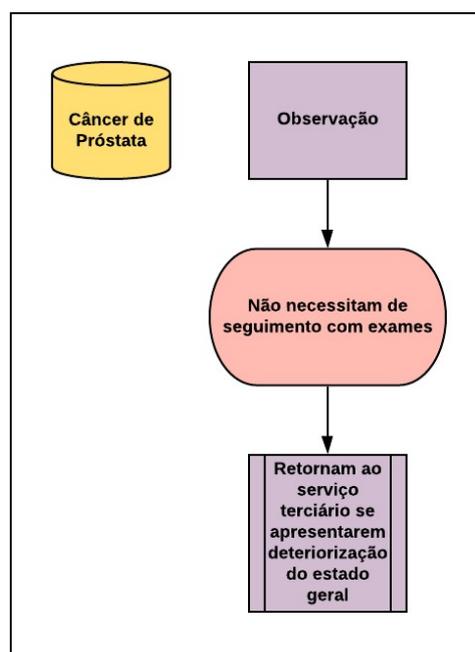


Figura 4 - Seguimento do câncer de próstata em observação

E) Hormonioterapia ou com sem quimioterapia (Figura 5)

Esses pacientes não terão alta ambulatorial do nível terciário, pois necessitam de acompanhamento mais frequente, exames complementares, avaliação da progressão, e mudança da linha de tratamento

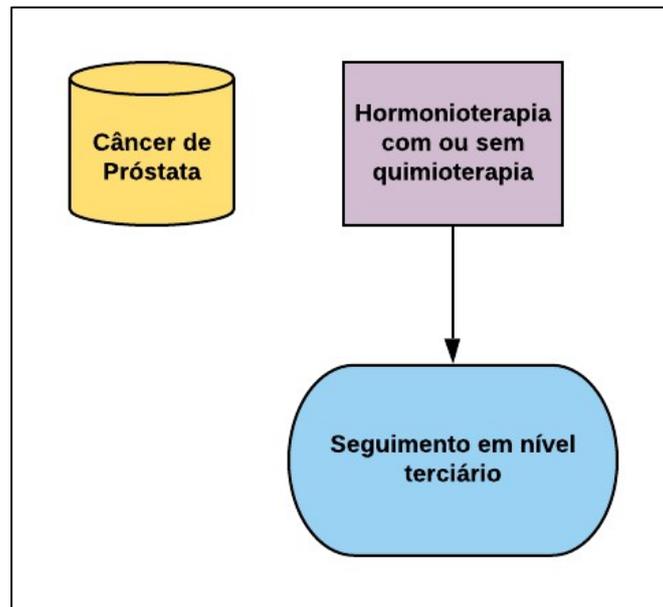


Figura 5 - Seguimento do câncer de próstata em hormonioterapia com ou sem quimioterapia

Câncer de Bexiga

São estimadas para cada ano do triênio 2020-2022, 7.590 casos em homens e 3.050 em mulheres. Em 2017, o câncer de bexiga no nosso país foi responsável pelo óbito de 3.021 homens, taxa de mortalidade de 2,99/100 mil, e 1.334 mulheres, taxa de mortalidade de 1,29/100 mil.

O principal sintoma é a hematúria, geralmente isolada e sem associação com quadros de dor. Os principais fatores de risco são o tabagismo, idade avançada e exposição a compostos químicos (por exemplo: aminas aromáticas, azocorantes, benzeno, petróleo, tintas).

O diagnóstico confirmatório se dá pela realização de cistoscopia (exame endoscópico da bexiga) – em que se pode realizar biópsia confirmatória ou já realizar o tratamento com a ressecção transuretral da lesão. Feito isso, os tumores são classificados em baixo ou alto grau e definido se há ou não invasão da camada muscular da bexiga. Isso determinará que pacientes necessitarão de terapias intravesicais ou de cistectomia.

Os tumores de baixo grau tem baixa chance de recorrência e grande parte deles ocorre nos 5 primeiros anos. Já os tumores de alto grau podem ter recidivas tardias após 10 anos. Pacientes que foram submetidos a cistectomia podem ter recidivas tardias e metástases a distância.

O seguimento desses pacientes se dá com a avaliação clínica (presença de hematúria; sintomas de disuria, urgência), cistoscopia (durante o período em que fizer seguimento hospitalar), ultrassom de rins e vias e urina 1 (avaliação de hematúria).

A) Ressecção transuretral de bexiga (RTU) com ou sem terapia intravesical

(Figura 6)

Os pacientes serão seguidos anualmente durante 15 anos após o tratamento (se o diagnóstico tiver acontecido após os 60 anos) ou 20 anos após o tratamento (se o diagnóstico tiver acontecido antes dos 60 anos) com a realização de avaliação clínica, ultrassom de rins e vias urinárias e urina 1.

Em caso de presença de sintomas de hematúria ou urgência, alterações nos exames de imagem, presença de hematúria no exame de urina, os pacientes deverão ser reencaminhados ao HCRP.

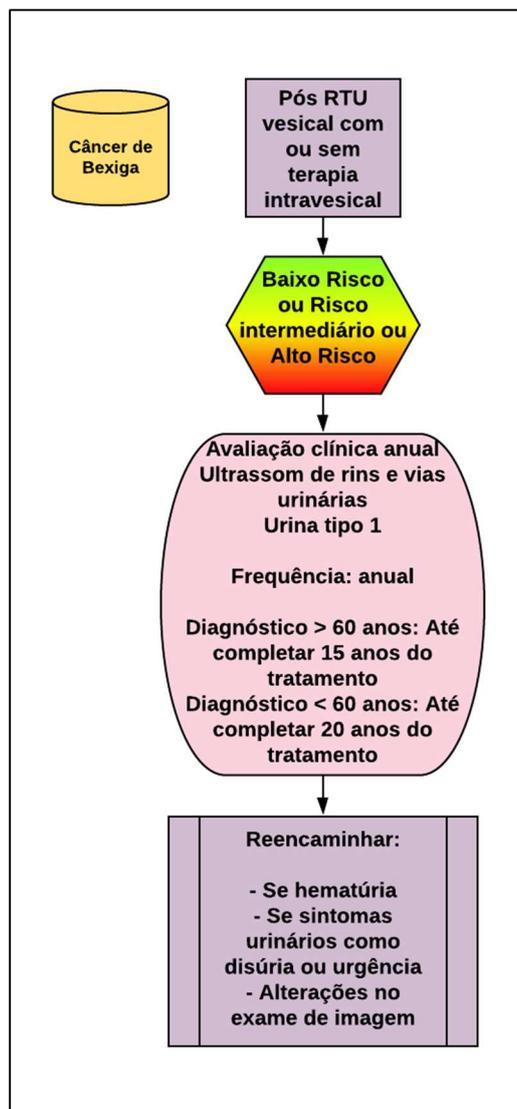


Figura 6 - Seguimento do câncer de bexiga pós RTU vesical com ou sem terapia intravesical

B) Cistectomia (Figura 7)

Este cenário clínico devido a sua alta complexidade necessita de acompanhamento especializado para avaliação da derivação urinária realizada, função renal e recidiva neoplásica. Logo, realizarão seguimento no nível terciário.

C) Preservação vesical (terapia sistêmica, radioterapia) (Figura 7)

Estes pacientes também necessitam de acompanhamento frequente, multidisciplinar, com necessidade de exames complementares e de imagem, portanto não serão seguidos fora do HCFMRP

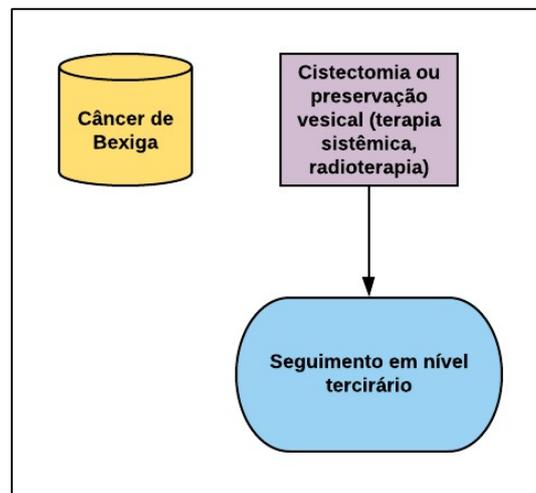


Figura 7 - Seguimento câncer de bexiga pós cistectomia ou preservação vesical

Câncer Renal

O câncer renal é o terceiro tumor mais frequente do trato geniturinário. No Brasil, foram estimados em 2018, 6270 casos. Os fatores de risco mais comuns são: tabagismo, obesidade, hipertensão arterial e história familiar.

A maioria dos pacientes tem o diagnóstico feito de forma incidental através de exames de ultrassonografia e tomografia computadorizada, realizados geralmente por outros motivos. Apenas uma pequena porcentagem dos pacientes apresenta hematúria, dor em flanco e massa palpável.

Existem diversas formas de tratamento para o câncer renal. Podemos destacar a cirurgia de nefrectomia total ou parcial (apenas da lesão ou porção do rim); terapia ablativa, realizada com radiofrequência ou crioablação, geralmente realizadas em massas pequenas e em pacientes em que não desejamos operar. Alguns pacientes que apresentam tumores renais muito pequenos, geralmente em idosos, pode-se realizar a vigilância ativa: acompanhamento através de exames de imagem para avaliar e acompanhar se há crescimento tumoral. Em casos mais avançados, alguns pacientes podem necessitar da realização de quimioterapia.

Após o tratamento com intuito curativo, a recidiva pode acontecer, na maior parte das vezes, dentro dos 3 primeiros anos. Com base em características patológicas tumorais, podemos estimar o risco de recidiva (baixo, intermediário ou alto) dentro de 5 anos. Um seguimento mais prolongado pode se justificar por relatos de casos com recidivas mais tardias após 10-25 anos. De toda forma, as recidivas a longo prazo costumam ter bom prognóstico.

O acompanhamento é realizado através de exames de imagem: ultrassom de abdome ou tomografia de abdome (avaliação de metástases à distância, recidiva tumoral em loja

renal, recidiva em rim contralateral), raio-x de tórax (avaliação de metástase pulmonar) e através de exames laboratoriais: ureia, creatinina e urina 1 (avaliação de função renal).

No HCRP, o acompanhamento será de 3 anos para tumores de baixo risco e 5 anos para tumores de risco intermediário ou alto.

A) Nefrectomia Total ou Parcial (Figura 8)

Baixo risco: ultrassom de abdome, creatinina e ureia e urina 1 a cada 2 anos até completar 10 anos do tratamento.

Risco intermediário: tomografia de abdome, raio-x de tórax, creatinina, ureia, urina 1 a cada 2 anos até completarem 10 anos de tratamento.

Alto risco: tomografia de abdome, raio-x de tórax, creatinina, ureia e urina 1 anualmente. Caso o paciente tenha tido o diagnóstico com idade maior que 60 anos, o acompanhamento deverá ser mantido até 15 anos do tratamento. Caso a idade ao diagnóstico tenha sido menor que 60 anos, o acompanhamento deverá ser mantido até 20 anos do tratamento.

Em caso de aparecimento de lesões suspeitas nos exames de imagem ou deterioração da função renal, o paciente deverá ser reencaminhado ao HCRP.

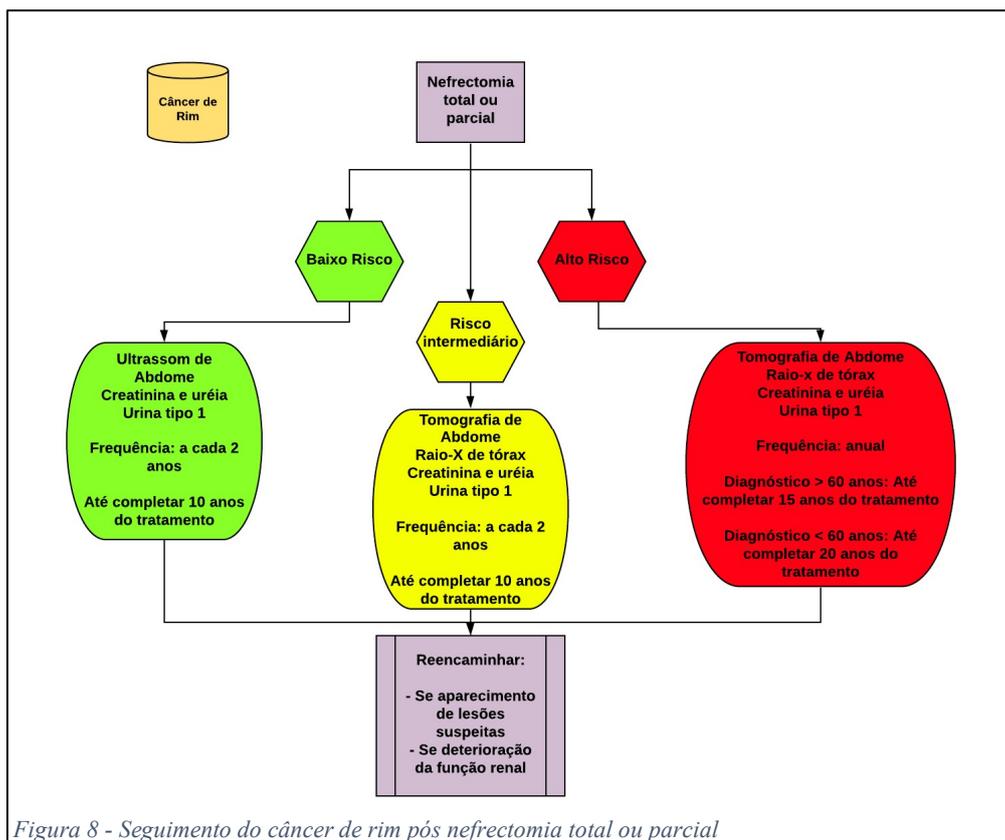


Figura 8 - Seguimento do câncer de rim pós nefrectomia total ou parcial

B) Terapia Ablativa (Figura 9)

Os pacientes deverão ser acompanhados com exames de ureia, creatinina e urina tipo 1 1 anualmente e realização de tomografia de abdome a cada 2 anos até completar 10 anos do tratamento.

Em caso de aparecimento de lesões suspeitas ou deterioração da função renal, o paciente deverá ser reencaminhado ao HCRP.

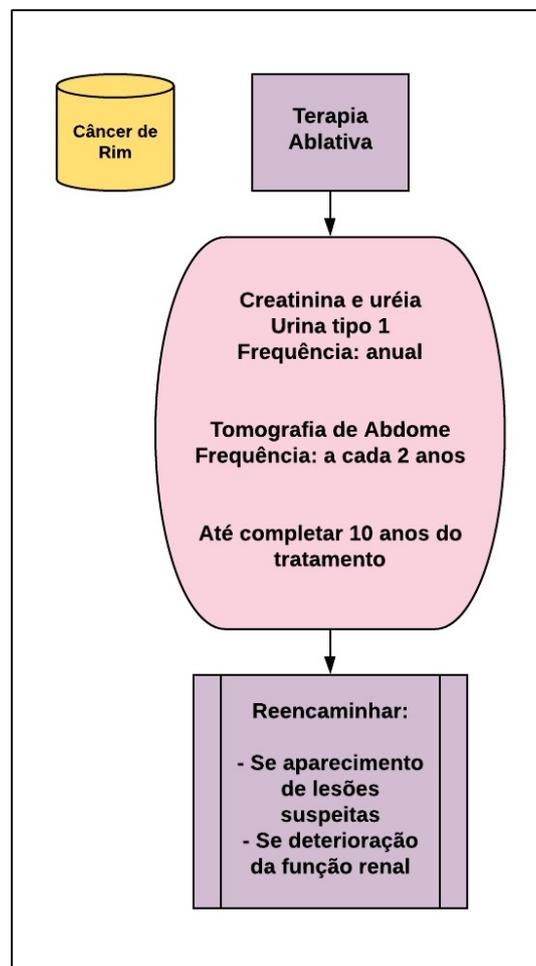


Figura 9 - Seguimento do câncer renal pós terapia ablativa

C) Vigilância Ativa (Figura 10)

Os pacientes em seguimento com vigilância ativa necessitam de realização frequente de exames de imagem e muitos podem precisar de procedimento cirúrgico ou ablativo, portanto o seu seguimento será realizado no HCRP.

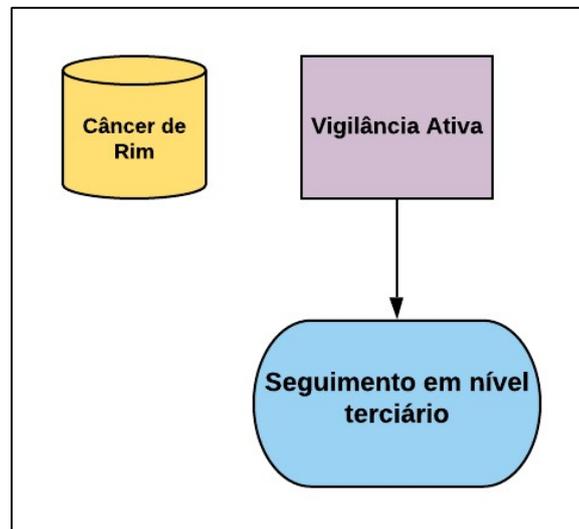


Figura 10 - Seguimento do câncer de rim em vigilância ativa

D) Terapia sistêmica, massas inoperáveis, baixo status performance (Figura 11)

Esses pacientes serão acompanhados apenas em serviço terciário, tendo em vista o grau de complexidade, necessidade da realização de exames de laboratoriais e de imagem com maior frequência e necessidade de retornos mais frequentes.

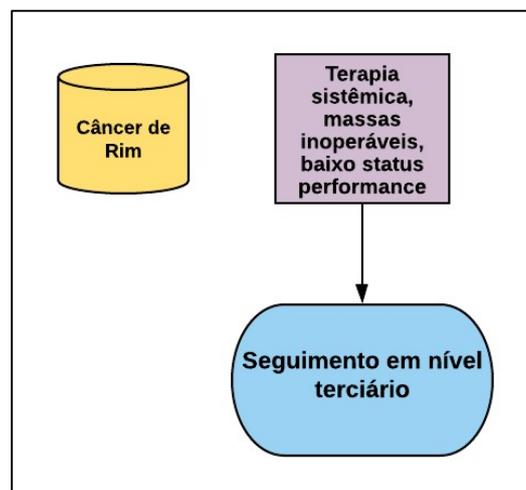


Figura 11 - Seguimento do câncer de rim em terapia sistêmica, massas inoperáveis, baixo status performance

Orientações de Reencaminhamento

Quando detectada algum sinal de possível recidiva tumoral ou alteração em exames de seguimento, o paciente deverá ser reencaminhado ao HCRP.

Para que isto ocorra, ele deverá ser inserido no sistema CROSS com informações de que era um paciente que já fazia seguimento no HCRP com a descrição das alterações encontradas durante o seguimento em nível primário ou secundário.

Foram abertas vagas semanais nos ambulatórios de uro-oncologia para que esse reencaminhamento não demore mais do que algumas semanas para acontecer.

Criamos o e-mail “UrologiaOncoHCRP@GMAIL.COM” como forma de contato direto entre as equipes dos níveis primários e secundários que receberão nossos pacientes com a nossa equipe de urologia oncológica especializada do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Caso haja dúvidas na interpretação de exames solicitados, aparecimento de novos sintomas clínicos ou dúvidas se o paciente deverá ou não ser reencaminhado, este canal poderá ser utilizado.

Bibliografia

Menezes, P. L, Reis, R. B. **Elaboração de protocolos de alta ambulatorial de hospital terciário e seguimento nos centros de atenção à saúde primária e secundária para pacientes tratados de neoplasias urológicas.** 2021. 65 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

Campbell Walsh Wein Urology, 12th Edition