



CRM-PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

PARECER Nº 2422/2013 CRM-PR

PROCESSO CONSULTA N.º 11/2013 – PROTOCOLO N.º 10115/2013

ASSUNTO: CRITÉRIOS DE ALTA DE SERVIÇOS DE CANCEROLOGIA

PARECERISTA: CONS. JOSÉ CLEMENTE LINHARES

EMENTA: Câncer urológico - Critérios de alta para pacientes com câncer

CONSULTA

Em e-mail encaminhado a este Conselho Regional de Medicina o Dr. XXX, faz consulta com o seguinte teor:

“Bom dia, gostaria de consultá-los sobre os critérios de alta de serviço de oncologia. Eu chefo o Serviço de Urologia do Hospital de X de X e temos um volume de atendimento ambulatorial elevado, como todos outros serviços semelhantes. Acompanhamos pacientes submetidos a várias neoplasias que, já foram operados há mais de dez ou quinze anos. Com alguma frequência observamos recidivas tumorais tardias, como no câncer de próstata e tumor de testículo, bem como surgimento de 2.os tumores primários (por ex.: paciente com tumor urotelial de pelve renal que apresenta tumor urotelial de bexiga mais tardiamente). Nos casos com longo tempo de seguimento, usualmente agendamos retornos a cada 2, 3 ou mais anos, mas NÃO damos alta formal do serviço. Isto justamente pelos motivos acima, o que acarreta ambulatorios cheios. Recentemente nos foi sugerido que déssemos alta para pacientes de longo tempo de seguimento, para redução do volume de atendimento ambulatorial, sendo que estes seriam seguidos por médicos generalistas nas cidades de origem, ou por urologistas não pertencentes ao CACON da cidade. Minha opinião pessoal é de que não devemos dar alta, mantendo a política atual de seguimento. Os motivos são: 1) indefinição do tempo de recidiva para tumores como da

próstata; 2) surgimento de 2.os primários nestes pacientes; 3) seguimento destes pacientes por médicos não habituados ao tratamento de neoplasias, principalmente médicos generalistas de cidades com 5 ou 10 mil habitantes. 4) perda da evolução destes pacientes. Deste modo, gostaria de seu parecer sobre critérios de alta.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Sobre este assunto o CRM-PR já se manifestou através do Parecer n.º 1404/2002, emitido pelo Conselheiro Marcos Flávio Gomes Montenegro, cuja leitura é recomendada para os interessados no tema e cuja cópia vai anexada a este para o consulente.

As questões levantadas pelo consulente são bastante pertinentes em uma época em que a incidência do câncer vem aumentando e existe uma sobrecarga dos serviços públicos pelo elevado número de pacientes. Por outro lado, a qualidade dos tratamentos e o diagnóstico precoce têm aumentado a expectativa de vida dos acometidos de câncer, o que também contribui para a referida sobrecarga no que tange ao acompanhamento.

Os cuidados no seguimento (*follow-up*) dos pacientes tratados por câncer envolve consultas médicas regulares que incluem anamnese, exame físico e exames complementares pertinentes a cada tipo de câncer. O propósito principal é a pesquisa por recorrência local ou metástases. Este exame de controle deve ser individualizado de acordo com o tipo de câncer, tipo de tratamento recebido, estado de saúde individual e eventuais problemas de saúde ou complicações relacionadas ao tratamento. O exame de controle é, também, uma oportunidade para pesquisa de outros tumores, epidemiologicamente relacionados (por exemplo os tumores de urotélio como salientado pelo consulente) ou não ou tumor inicial (por exemplo pesquisa de câncer de mama em portadoras de câncer de ovário).

Em alguns países há clínicas especializadas em acompanhamento de pacientes adultos ou pediátricos sobreviventes ao câncer por longos períodos. Existem protocolos de seguimento (*guidelines*) propostos por várias instituições para o seguimento de pacientes. Outras instituições importantes como o Instituto Nacional do Câncer americano não estabelecem este tipo de protocolo.

É importante ressaltar que nem sempre as recorrências são detectadas durante estas visitas de rotina, pelo contrário, muitas vezes são detectadas ou suspeitadas pelos próprios pacientes entre os controles programados. Portanto, é importante que os pacientes estejam atentos a eventuais mudanças em seu estado de saúde e procurem seus médicos em caso de alterações significativas.

De maneira geral as consultas de seguimento são realizadas a cada três ou quatro meses nos primeiros dois ou três anos após o tratamento e uma ou duas vezes ao ano a partir de então. Não está claro se o uso de exames de pesquisa de recorrência permitem aumento de sobrevida ou melhora da qualidade de vida dos pacientes. O médico assistente pode não indicar a realização de exames se o indivíduo está em boas condições de saúde e não apresenta sintomas.

A escolha de quem deve realizar o acompanhamento é uma prerrogativa do paciente. Pode ser o mesmo profissional ou equipe que realizou o tratamento ou outro profissional com quem o paciente se sinta seguro. Para os cuidados de saúde não relacionados com o câncer ou seu tratamento o paciente deve procurar seu médico de família ou o especialista necessário.

Este Conselheiro teve a oportunidade de elaborar no Hospital Erasto Gaertner o chamado Projeto de Acompanhamento a Distância para pacientes portadoras de câncer de colo uterino sem sinais de doença há pelo menos 10 anos. O projeto consiste nos seguintes passos:

- 1- *O médico assistente propõe o acompanhamento à distância à paciente e anota no prontuário esta definição;*
- 2- *É elaborado um relatório do tratamento da paciente e a recomendação dos exames complementares pertinentes ao caso para serem realizados durante a consulta aos cuidados do médico assistente em sua cidade;*
- 3- *A paciente é encaminhada ao Serviço Social onde assina termo de compromisso na realização do acompanhamento a distância e do envio das informações anualmente ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital;*
- 4- *O SAME coloca a paciente em uma listagem do projeto de acompanhamento a distância;*
- 5- *Anualmente o SAME envia formulário com retorno pago para ser preenchido pelo médico assistente e reenviado ao SAME;*
- 6- *Os exames são checados pelos médicos do Serviço de Ginecologia;*
- 7- *Caso o médico assistente detecte alterações relativas ao tumor a qualquer tempo, este ou a paciente entra em contato com o Serviço Social em número direto para o imediato agendamento do retorno.*

Desta forma, com controle e busca ativa o risco de perda de seguimento ou de eventual recorrência passar despercebido é minimizada, a paciente é seguida anualmente próximo de sua residência e o hospital não perde as informações de seguimento.

Após todas estas considerações passo a responder o consulente de maneira objetiva:

- 1- Parece consenso que o seguimento dos sobreviventes de câncer a longo prazo deva ocorrer com intervalo no mínimo anual. Não há na literatura mundial suporte para intervalos maiores como propõe o consulente;
- 2- O médico assistente tem a prerrogativa de estabelecer o período adequado de acordo com cada caso, bem como os tipos de exames a serem realizado;
- 3- O seguimento pode ser feito no serviço que originalmente tratou o paciente ou de acordo com a conveniência sócio-econômica e geográfica do paciente;
- 4- Como bons exemplos de referências para programas de seguimento para câncer podemos citar o *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Projeto Diretrizes do Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 15 de maio de 2013.

Cons. JOSÉ CLEMENTE LINHARES
Parecerista

Aprovado em Sessão Plenária n.3266.^a de 20/05/2013 – CÂM IV.

“PARECER Nº: 1404/2002 - CRM/PR

CONSULTA Nº: 161/2000 - PROTOCOLO Nº: 7494/2000

ASSUNTO: CONDUTA ÉTICA – SE O CONTROLE E ACOMPANHAMENTO POSTERIOR É TIDO COMO PÓS ALTA OU A ALTA NUNCA É EFETIVADA NOS CASOS DE NEOPLASIA MALIGNA

PARECERISTA: CONS. MARCOS FLÁVIO GOMES MONTENEGRO

Trata o presente sobre a Consulta nº 161/00, instaurada a partir de correspondência encaminhada pelo Dr. R. P. K., médico Cancerologista, com o seguinte teor:

“... Solicito parecer referente a pacientes portadores de neoplasias malignas quando do término do tratamento inicial, se o controle e acompanhamento posterior é tido como pós alta ou a alta nunca é efetivada.

PERGUNTA: Pacientes com neoplasia maligna tem alta médica ou não?...

Da consulta tenho a aduzir:

O câncer é uma doença crônica, multicausal, decorrente de alterações genéticas acumuladas ou herdadas. Pode-se manifestar em diversas topografias com diversos tipos de comportamento, ora menos agressivo, ora mais. Este comportamento depende muito das características moleculares, das alterações bioquímicas e genéticas que a célula neoplásica apresentar. Se não bastasse a agressividade da doença, geralmente o comportamento do câncer está acompanhado com a diminuição da imunidade do paciente que quando estiver deprimido pode intensificar a agressividade da neoplasia, tanto que há muitos anos não se recomenda qualquer procedimento que promova a redução da imunidade em pacientes oncológicos tratados. Um exemplo é de que uma mulher fértil tratada de câncer não tenha gestação durante um período de 5 anos. Por outro lado, o comportamento da neoplasia maligna pode fazer com que metástases à distância possam se manifestar vários anos após o tratamento. Existem relatos de metástases após 20 anos de tratamento.

O termo “cura”, fica desapropriado para estes pacientes e por muitos anos se considerou como o mais adequado a sobrevida em 2 a 5 anos, dependendo da neoplasia. Atualmente tem se considerado o uso do termo “controle do câncer”. É sabido que as metástases ocorrem nos primeiros 2 a 5 anos do tratamento inicial e o diagnóstico precoce da mesma hoje tem permitido ainda um enorme controle sobre a doença onde o diagnóstico da metástase passa a ser um fator fundamental para o maior controle da doença.

Diversos estudos realizados nos laudos dos tumores primários fazem com que possamos prognosticar a incidência de metástases, bem como suspeitar os possíveis sítios metastáticos, requerendo um acompanhamento especializado pela equipe médica assistente, de preferência a equipe inicial, a fim de ter um maior sucesso na detecção das metástases, com maior controle.

Hoje, os pacientes portadores de câncer participam de um Banco de dados chamado REGISTRO DE CÂNCER, onde um dos objetivos é definir qual é a sobrevida em meses dos pacientes divididos por topografia, estadiamento e até mesmo por equipes médicas, servindo de um dos principais mecanismos de controle de qualidade do tratamento realizado.

No arsenal terapêutico do médico contra o câncer, o profissional da saúde faz uso da cirurgia,

radioterapia e quimioterapia, isoladamente ou em conjunto a fim de oferecer o melhor resultado conforme os modernos manuais de tratamento e os resultados a cada dia se mostram da melhor qualidade.

Tratamentos adjuvantes, com imunoestimulantes, dietas alimentares e auto ajuda, poderão melhorar ainda a resposta, aumentando a capacidade de defesa, e eventualmente livrar este paciente do risco de uma segunda neoplasia que poderá estar ainda oculta, do ponto de vista clínico. Cabe a equipe profissional responsável, conhecer e ter condições técnicas de poder investigar minuciosamente a fim de não ser surpreendido posteriormente.

Existem inúmeras formas e tipos de neoplasias cujo o tratamento é específico segundo os tratados modernos de terapêutica e com resultados sobejamente conhecidos publicados nos últimos tempo, ofertando boa sobrevida ao paciente oncológico, que atualmente com índices que variam em torno de 50%.

Acreditamos que após o tratamento realizado ao paciente com neoplasia, deverá ocorrer a reconsulta a fim de se proceder uma avaliação clínica e laboratorial da terapêutica indicada; se todos os exames se mostrarem negativos compete ao médico assistente da alta do tratamento inicial e programar um "FOLLOW-UP". Este acompanhamento poderá ser determinado conforme a gravidade da doença básica, do estado geral do paciente e do risco da recidiva que é a situação mais temerosa para o Cancerologista. Em casos de neoplasia de alto risco de recidiva a alta definitiva seria muito temerosa pois o paciente necessita de um acompanhamento conforme os protocolos de tratamento determinam. Naqueles outros, de menor probabilidade de reaparecimento, a alta definitiva até poderá ser aventada, mas informando ao paciente que na menor dúvida deverá retornar para uma reavaliação da situação clínica relacionada com a neoplasia.

Do ponto de vista do Parecerista, acredito que a alta definitiva de um paciente portador de neoplasia maligna não deverá ocorrer, mas um acompanhamento a longo prazo, pois sempre existe o risco de uma recidiva ou de nova doença aparecer.

É o parecer, S.M.J.

Curitiba, 20 de fevereiro de 2002.

DR. MARCOS FLÁVIO GOMES MONTENEGRO

Conselheiro Parecerista

Aprovado em Reunião Plenária n.º 1314, de 18/03/2002."