

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ONCOLOGIA**

**Élvis Pellin Cassol**

**AMBULATÓRIO DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS  
EM ONCOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE  
IMPLEMENTAÇÃO EM HOSPITAL TERCIÁRIO**

**Porto Alegre, RS**

**2023**

**Élvis Pellin Cassol**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A REAÇÕES INFUSIONAIS  
SECUNDÁRIAS A TRATAMENTO SISTÊMICO ONCOLÓGICO**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Programa de Residência  
Médica, do Hospital de Clínicas de Porto  
Alegre (HCPA, RS), como requisito  
parcial para obtenção do título de  
**Especialista em Oncologia.**

---

**Alice de Medeiros Zelmanowicz**  
**(Médica Oncologista/Orientadora)**

**Porto Alegre, RS**

**2023**

### CIP - Catalogação na Publicação

Cassol, Élvis Pellin

AMBULATÓRIO DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ONCOLOGIA:  
EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO EM HOSPITAL TERCIÁRIO /  
Élvis Pellin Cassol. -- 2023.

23 f.

Orientadora: Alice de Medeiros Zelmanowicz.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Medicina, Oncologia Clínica, Porto Alegre, BR-RS,  
2023.

1. Transição de cuidado oncologia . 2. Ambulatório  
multidisciplinar tratamento oncológico. I. de Medeiros  
Zelmanowicz, Alice, orient. II. Título.

**Élvis Pellin Cassol**

**AMBULATÓRIO DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM  
ONCOLOGIA: EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Programa de Residência Médica, do Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre (HCPA, RS), como  
requisito parcial para obtenção do título de  
**Especialista em Oncologia Clínica**

**Aprovado em 22 de fevereiro de 2023:**

**Orientadora: Alice de Medeiros Zelmanowicz**

**Porto Alegre, RS**

**2023**

## **AMBULATÓRIO DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS EM ONCOLOGIA: EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO**

### **Resumo**

O câncer é uma doença complexa, onde são utilizadas uma gama múltipla de tratamentos e onde é exigido abordagem multidisciplinar para o atendimento pleno de pacientes e familiares. Estes tratamentos podem deixar sequelas permanentes.

Devido ao aumento significativo na incidência de casos, às estratégias de diagnóstico precoce e ao surgimento de novas terapêuticas o número de pacientes curados aumentou significativamente nos últimos anos. Dessa forma, faz-se necessário que esse paciente seja seguido após esse período de tratamento intensivo pela rede de atenção básica, para que os possíveis efeitos gerados pelo tratamento sejam acompanhados e tratados e que possíveis recidivas ou novas neoplasias sejam precocemente diagnosticadas e tratadas. Para que isso ocorra, é necessário garantir que essa transição ocorra de forma adequada e com bom entendimento entre os diversos níveis de atenção à saúde e entre os profissionais envolvidos

Esse documento é um relato da experiência da criação e implementação de um ambulatório multidisciplinar de transição de cuidado do paciente oncológico, em um hospital universitário terciário, criado para adequada contra referência para o serviço de referência da rede primária.

**Palavras-chave:** Transição de cuidado oncologia, ambulatório multidisciplinar tratamento oncológico

## **1) Objetivo**

Criação e implementação de ambulatório em Hospital Universitário terciário com Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) para transição de cuidados de paciente em remissão de neoplasia para rede básica de saúde.

## **2) Introdução**

O crescente número de novos casos de câncer associado a estratégias terapêuticas mais eficazes aumentaram de forma substancial o tempo de sobrevida e as chances de cura. Esse progresso, porém, levou à sobrecarga dos ambulatórios e consultórios de oncologia, sendo a alocação de recursos muito impactada. Uma forma de otimizar o cuidado, priorizando a manutenção em atendimento em saúde especializada às pessoas em tratamento, é a transferência do cuidado e seguimento desses pacientes, após término de terapia e sem sinais ou evidência de doença ativa, para as unidades de saúde básica. Essa transição, porém, não ocorre, atualmente, de forma sistemática. A elaboração de ambulatórios multidisciplinares que visem a transição de cuidados entre os centros especializados em oncologia e a rede básica de saúde faz-se necessária.

## **3) Relevância**

O manejo de paciente em oncologia engloba cuidados que vão do tratamento com quimioterapia, radioterapia e cirurgia em diferentes combinações e passam pelos cuidados e atendimento nutricional, psicológico e de reabilitação, para paciente e familiares. Esse cuidado é feito na quase totalidade em centros especializados seguindo diretrizes internacionais que visam principalmente a detecção precoce de recidivas com uma série de exames e procedimentos, com um intervalo determinado, tendo após um período, geralmente entre cinco e dez anos, sua finalização.

No entanto, o atendimento a essas pessoas é complexo e as medidas terapêuticas podem deixar sequelas físicas e psicológicas que perduram além desse período pré especificado. Associado a isso, esses pacientes permanecem com risco de desenvolvimento de novas neoplasias, associadas às suas características clínico-epidemiológicas e hábitos de vida, ou mesmo decorrente aos tratamentos realizados, sendo fundamental o correto acompanhamento desses pacientes.

Os centros de oncologia, devido à alta complexidade e demanda, não possuem capacidade de absorção de toda essa população, sendo indicada a rede básica de saúde que realiza este seguimento, conforme Portaria do Ministério da Saúde de dezembro de

2019- que em seu plano de atenção para o diagnóstico e tratamento do câncer, discorre *“As ações devem considerar todos os pontos de atenção, desde a atenção primária à saúde até a atenção especializada - ambulatorial e hospitalar. É função também do CACON/ UNACON descrever o fluxo de referência e contra-referência entre os pontos de atenção envolvidos na operacionalização do Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer, informando os serviços de todos os pontos de atenção que, de alguma forma, estão envolvidos com essa atenção”*

Para isso, todavia, é necessária que essa seja qualificada, corretamente informada e referenciada pelo centro encaminhador para que consiga receber e realizar de forma adequada a sequência de cuidado.

A falta de correta comunicação e transição de cuidados, com informações claras e compreensíveis entre o oncologista e o médico de saúde da família é o principal motivo para falha nesse processo, problema esse identificado em todo mundo. Essa realidade foi demonstrada em revisão de trabalho e relatos internacionais realizada por *Voss et al.*, que elencou quatro principais barreiras aos cuidados de sobrevivência liderados pela atenção primária: 1- Comunicação insuficiente entre unidade de atenção primária (UAP) e especialistas em câncer; 2-Conhecimento limitado da UAP; 3- Restrições de tempo para os UAP fornecer cuidados abrangentes de sobrevivência,; 4- Falta de diretrizes de cuidados de sobrevivência. Nesse mesmo trabalho é proposto a melhora da comunicação interdisciplinar, o reforço na educação das UAP e a elaboração de diretrizes e protocolos de acompanhamento e seguimento.

A realidade brasileira é agravada pela falta de um sistema de informação e registro médico digital centralizado, onde os diferentes profissionais assistentes não têm acesso às informações dos demais. O déficit na transição de cuidados leva a má identificação e manejo de toxicidades tardias associadas aos tratamentos oncológicos, à má identificação de recidivas e/ou novas neoplasias em tempo oportuno que impactam na sobrevida e qualidade de vida dos sobreviventes de câncer.

Frente ao exposto, faz-se necessária a criação de uma agenda dedicada para conduzir o final do tratamento em centro especializado e a realização da transição para rede básica com as corretas informações, dando segurança à equipe que encaminha e à que recebe, prestando, assim, a melhor assistência: A focada no paciente .

#### **4) Desenvolvimento**

O ambulatório de transição de cuidados em oncologia surgiu da percepção das diferentes equipes de cuidado (médicos oncologistas, serviço social, enfermagem, entre outros) de que os pacientes da oncologia após realizado o tratamento não tinham correto contrarreferenciamento para unidade de saúde, levando a manutenção por períodos mais longos de acompanhamento nos ambulatórios de oncologia, causando sobrecarga de atendimento e prejudicando os atendimentos como um todo.

O primeiro passo foi a criação de uma equipe, constituída por médico oncologista, médicos do programa de residência médica em oncologia clínica, enfermeiros, técnicos de

enfermagem, assistente social e administrativo com experiência na área. Essa equipe realizou encontros onde foram discutidas estratégias e criados critérios de seleção para encaminhamento e geração de fluxo. Esses encontros foram realizados semanalmente.

A equipe pesquisou e leu relatos de outras experiências realizadas em todo mundo e percebeu que existiam pontos em comum de dificuldade de implementação e transferência de cuidados entre o atendimento especializado e a atenção básica. As mesmas dificuldades e receios vistas em nossa situação são as encontradas por médicos em todo mundo. Os pontos a serem destacados é a pobre comunicação entre as equipes (em destaque médica), onde os profissionais da atenção básica tem receio do cuidado oncológico, delegando na totalidade ao centro de alta complexidade o cuidado. *McDonough et al* realizaram em UAP americanas entrevista por questionário on-line de preenchimento voluntário, trouxeram semelhantes barreiras ao estudo de Voss- e acrescentou o forte desejo deste de participar e compartilhar do cuidado, mas não se sentem aptos do ponto de vista das informações e do qual verdadeiro papel que podem desempenhar dentro do cuidado. O outro lado apresenta dúvida se realmente os paciente conseguiram realizar os exames e consultas necessárias, minimizando novos tumores ou descobrindo recidivas de forma precoce.

O contraponto dessa situação, é a existência de bons exemplos onde há estruturação dessas transferências com confiança entre equipes e principalmente a segurança nesse processo e pacientes ficam com sentimento de cuidado continuado. A citar temos a experiência francesa onde ambulatórios de câncer de mama possuem reuniões de alta para atenção básica e toda rede de registro médico e exames são compartilhados por todos os profissionais que prestam assistências, tendo as duas pontas do cuidado amplo conhecimento das terapêuticas e demanda do paciente. Questionários de qualidade e satisfação que englobam profissionais e pacientes demonstram altos índices.

Buscando a experiência de centros com sucesso nessa missão, foram criados documentos com resumo dos casos, indicações de exames necessários para seguimento e toxicidade tardias esperadas. Esses documentos foram revisados pela equipe, entregues ao paciente e enviados à equipe assistencial. (ANEXO 1 e ANEXO 2)

Devido a grande demanda e necessidade de elaboração de fluxos e treinamento de todas equipes, tanto assistências, quanto administrativas, além de alta prevalência, inicialmente os cânceres colorretais, mama e próstata foram selecionados para dar início ao projeto. Os treinamentos ocorreram após evento de apresentação do projeto, onde sugestões foram apresentadas e novas adaptações foram realizadas.

## **5) Critérios de inclusão de pacientes**

Os critérios de inclusão foram elaborados baseados nos *guidelines* em seguimento de pacientes pós tratamentos oncológicos. Os fluxos criados estão resumidos no ANEXO 3.



Os critérios para tumores colorretais foram de indivíduos com tratamento com caráter curativo prévio, que haviam realizado cirurgia, com ou sem quimioterapia neo ou adjuvante, sem evidência de recidiva no período de 5 (cinco) anos após término do último tratamento.

Os critérios para tumores de próstata foram de indivíduos com tratamento de caráter curativo prévio, que haviam realizado cirurgia ou tratamento radical com radioterapia e bloqueio hormonal e que não experimentaram sinais de progressão bioquímica durante 5 (cinco) anos de acompanhamento

Os critérios para tumores de mama foram de indivíduos com tratamento com intenção curativa prévio, que haviam realizado cirurgia, com ou sem radioterapia ou quimioterapia neo ou adjuvante, sem evidência de recidiva no período de 5 (cinco) anos após término do último tratamento, mesmo que ainda durante tratamento com hormonioterapia.

## **6) Critérios de exclusão de pacientes**

Os critérios de exclusão foram baseados no risco elevado neoplásico, sendo o mesmo para os três sítios (cólon, próstata e mama): Diagnóstico anterior aos 40 anos e a presença de dois tumores primários (excluindo câncer de pele não melanoma). A neoplasia de mama tem critério extra- subtipo triplo negativo. Também foram excluídos os pacientes com estágio IV (Doença metastática na apresentação) mesmo que em remissão completa após este período.

## **7) Ambulatório**

Os atendimentos iniciaram em dezembro de 2022. As consultas ocorrem na zona 11 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), iniciadas com consulta médica e de enfermagem de forma sequencial e obrigatória, sendo posteriormente referenciadas as demais especialidades conforme necessidades encontradas na consulta inicial. A consulta médica é realizada por residentes do terceiro ano de oncologia clínica, sob supervisão e a de enfermagem, por enfermeira capacitada e com larga experiência na área. Todos os pacientes foram oriundos do serviço de oncologia do HCPA e seguiram os critérios de inclusão e exclusão mencionados acima. Para melhor aproveitamento foram limitadas quatro (4) atendimentos por dia. A cada consulta foi apresentada a ideia do ambulatório e explicado sobre os objetivos e transferência e seguimento de cuidados na rede próxima a sua casa, fazendo isso de forma segura e garantindo a sequência do cuidado. O retorno dos pacientes foi condicionado à necessidade de retorno do centro de saúde sobre o recebimento do paciente e condição de manter o cuidado desse. Estão planejadas até três atendimentos no período de 12 meses. Na eventualidade de identificação de algum

exame faltante, não passível de realização em rede de saúde ou sinais de recidiva ou progressão de doença, esses eram realocados para o ambulatório de origem.

Os assistentes sociais foram parte importante para contato, vínculo e comunicação entre as equipes.

Inicialmente, no período de iniciação do ambulatório, pela ausência de paciente encaminhados, foi utilizado registro de paciente com longo período de seguimento que ainda possuíam cateter de longa permanência instalado com prazo de uso maior de 24 meses. Essa lista foi gerada junto ao serviço de infusão, onde estes realizam heparinização de manutenção periódica. Devido isso, nessa descrição, teremos pacientes de outros sítios de doença e não somente os previamente especificados

## **8) Registro dos primeiros atendimentos**

Os atendimentos foram iniciados em dezembro de 2022, sendo o primeiro dia, em 07 de dezembro. Conforme já relatado, a lista de pacientes foi elaborada baseada em registro de pacientes com longo período de acompanhamento, independente de histologia, mas com cateter de longa permanência (portocath). Até a presente data, foram realizados 24 atendimentos.

Nas primeiras semanas de atendimento foram realizados 24 (vinte e quatro) atendimentos, distribuídos da seguinte maneira: Mama- sete atendimentos; Colorretal- seis atendimentos; Próstata- seis atendimentos; Linfomas- dois atendimentos; Gástrico, nasofaringe e canal anal- um atendimento cada.

Sobre o destino dos pacientes: 14 (catorze) tiveram retornos agendados e documentos entregues para realização de vínculo com rede básica; sete receberam alta por percepção e garantia de bom vínculo já estabelecido- esses, igualmente, receberam as cartas de referenciamento e três foram reencaminhados ao ambulatório da regular (um por investigação de recidiva e um por ter critério de exclusão - estágio IV em recidiva)

Até a presente data não possuímos, devido ao baixo tempo de acompanhamento, resultado de retorno dos 14 pacientes enviados para aceite na rede básica.

## **9) Receptividade dos pacientes**

A receptividade por parte dos pacientes foi muito positiva. Esse compreenderam a importância da consulta e do projeto. Trouxeram também o sentimento de felicidade, expressado pelo fim de um ciclo que iniciou com o diagnóstico e seus múltiplos tratamentos, mas também com a preocupação da equipe em manter o seguimento, diluindo as preocupações relacionadas ao medo de recidiva e progressão de doença

## **10) Perspectivas**

A perspectiva da equipe é a manutenção da estrutura atual do ambulatório com o aumento no número de atendimentos progressivamente após a certeza do bom funcionamento. Desde janeiro de 2023, após período de implementação, as regras de encaminhamento estão sendo respeitadas, sendo que para o ano de 2023 já possuem até o dia 31/01/2023, cerca de sessenta e cinco consultas programadas.

A expectativa da equipe é de aumento dos encaminhamentos e boa resolutividade dos casos, propiciando altas com mais segurança e menor número de consultas e contrarreferenciamento adequado.

O objetivo da equipe após é a ampliação dos sítios tumores, sendo os mais cotados para compor a lista: linfomas, tumores germinativos e colo uterino, sendo a previsão ainda para o ano de 2023. Para isso é imperativo o aumento no número de atendimentos e disponibilidade de agenda.

## **11) Objetivos educacional**

O projeto educacional da equipe, visto que, o HCPA é o hospital escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), é a utilização do projeto para a elaboração e realização junto aos acadêmicos da área da saúde e sociais da universidade como projeto de extensão, auxiliando na formação em sua especialidade com esse importante grupo de pacientes. O plano é após o amadurecimento e implementação dos atendimentos da introdução dos alunos, inicialmente acompanhamento e posteriormente realizando os atendimentos. Acreditamos que essa interface entre a assistência altamente especializada e o vínculo com saúde básica é base para a boa formação de profissionais com visão global do atendimento.

## ANEXOS

### 1) EXEMPLO DE CARTA DE ACOMPANHAMENTO

#### A) CÓLON/ RETO

DADOS DEMOGRÁFICOS		
Nome:		
Contato:	ESF referência	
Familiar responsável:		
INFORMAÇÕES DO ACOMPANHAMENTO:		
Início do acompanhamento:	Início do <i>follow up</i> :	
Ambulatórios seguimento oncológicos		
Ambulatórios outros HCPA:		
Comorbidades:		
RESUMO DA DOENÇA		
Localização: <input type="checkbox"/> Cólon <input type="checkbox"/> Reto	Estádio:	
CEA ao diagnóstico	CEA atual:	
TRATAMENTO REALIZADOS:		
Cirurgia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	DATA:	
Radioterapia <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Neoadjuvante <input type="checkbox"/> Não		
Quimioterapia (neo) adjuvante <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Duração: <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses	Data final
Esquema de quimioterapia:	<input type="checkbox"/> Capecitabina/ 5-FU <input type="checkbox"/> Capecitabina/ 5-FU + Oxaliplatina	
RESUMO EFEITOS ADVERSOS:		
SEGUIMENTO PROPOSTO E MOTIVOS PARA NOVO REFERENCIAMENTO:		
1) <b>Colonoscopia</b> -> A realização de colonoscopia deve ser seguir o mesmo padrão da população em geral. Na ausência de pólipos repetir a cada 5-10 anos. Presença de pólipos de baixo grau repetir em 3 anos. Presença de pólipos de alto grau repetir em 1 ano.		
2) <b>Antígeno carcinoembriogenico (CEA)</b> -> NÃO há benefício ou indicação		
PACIENTES DEVEM SER REENCAMINHADOS QUANDO COM IMAGEM SUGESTIVA DE RECIDIVA LOCAL OU A DISTÂNCIA OU COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA POSITIVA PARA NEOPLASIA		

B) MAMA

DADOS DEMOGRÁFICOS		
Nome:		
Contato:	ESF referência	
Familiar responsável:		
INFORMAÇÕES DO ACOMPANHAMENTO:		
Primeiro atendimento:	Início do seguimento:	
Ambulatórios seguimento oncológicos		
Outros ambulatórios HCPA:		
Comorbidades:		
RESUMO DA DOENÇA		
Subtipo histológico	Estádio:	
TRATAMENTO REALIZADOS:		
Cirurgia: <input type="checkbox"/> setor <input type="checkbox"/> mastectomia  DATA:	Axila: <input type="checkbox"/> Esvaziamento <input type="checkbox"/> Sentinela	
Radioterapia <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Resgate	Radioterapia <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Plastrão CAMPO <input type="checkbox"/> Mama + linfonodos	
Quimioterapia <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Neoadjuvante		
Hormonioterapia <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> Tamoxifeno  <input type="checkbox"/> IA + Tamoxifeno	Duração: <input type="checkbox"/> 5 anos <input type="checkbox"/> 8 anos  <input type="checkbox"/> 10 anos	Data término
Terapia HER-2 (trastuzumab) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
RESUMO EFEITOS ADVERSOS:		

SEGUIMENTO PROPOSTO E MOTIVOS PARA NOVO REFERENCIAMENTO:

- a. Consulta médica com anamnese e exame físico anual
- b. Mamografia de rastreamento anual (mamografia de investigação diagnóstica pode ser feita a qualquer tempo se suspeita de recidiva loco-regional ou segundo tumor primário)  
OBS: não há necessidade de mamografia para mama totalmente ressecada e reconstruída. Porém, se mantém a mamografia da mama contralateral
- c. Exames de imagem e laboratório devem ser feito a critério clínico não tendo indicação de outros exames de rotina por causa da neoplasia prévia, inclusive ecografia mamária ou ecografia abdominal e transvaginal a não ser que clinicamente indicado

OBS: Paciente com alto risco ou confirmação de síndrome hereditária que aumente o risco de câncer tem protocolo de rastreamento próprio dependendo da síndrome. Considerando que esse é um conhecimento em evolução, esse protocolo deve ser revisada caso a caso em tempo oportuno

- d. Densitometria óssea conforme rotina
- e. O uso de reposição hormonal com hormônios femininos, como o estrogênio e a progesterona, deve ser evitado

OBS: o paciente permanece vinculado ao HCPA por dois anos após última consulta. Caso se suspeite de recidiva ou segundo tumor primário poderá consultar neste hospital durante esse período. Após, o paciente deve prosseguir a investigação e tratamento conforme fluxo habitual.

### C) PRÓSTATA

DADOS DEMOGRÁFICOS		
Nome:		
Contato:	ESF referência	
Familiar responsável:		
INFORMAÇÕES DO ACOMPANHAMENTO:		
Primeiro atendimento:	Início do seguimento:	
Ambulatórios seguimento oncológicos		
Outros ambulatórios HCPA:		
Comorbidades:		
RESUMO DA DOENÇA		
Subtipo histológico:	Estádio:	Gleason
PSA ao diagnóstico	PSA atual:	
TRATAMENTO REALIZADOS:		
Cirurgia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	DATA:	
Radioterapia <b>intuito</b> <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Resgate <input type="checkbox"/> Definitiva	Radioterapia <b>Campos</b> <input type="checkbox"/> Próstata/vesículas <input type="checkbox"/> Linfonodos pélvicos	
Hormonioterapia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Duração: <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 36 meses	Data final
RESUMO EFEITOS ADVERSOS:		
SEGUIMENTO PROPOSTO E MOTIVOS PARA NOVO REFERENCIAMENTO: # Realizar pedidos de PSA com intervalo a cada 12 meses para todos pacientes		
<p>1) <b>Paciente que realizaram prostatectomia (independente de ter realizado radioterapia posteriormente)</b>-&gt; Quando ocorrer aumento, confirmar o aumento, com nova medida de PSA em intervalo mínimo de 14 dias entre as medidas. Caso isso ocorra reencaminhar</p> <p>2) <b>Pacientes que realizaram APENAS radioterapia</b> -&gt; Considerar o valor mínimo de PSA atingido pelo paciente (nadir). Encaminhar quando aumentos maiores de 2 (dois) pontos, desse valor. Também é necessário confirmar com nova coleta com intervalo de 14 dias entre medidas. Prostatites, infecções urinárias e manipulação (toque retal) podem dar aumentos transitórios.</p>		

2) CARTA DE TRANSFERÊNCIA  
A) CÔLON/ RETO



NOME: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Atesto que XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX anos, diagnosticado com Câncer de cólon/reto (CID 10 C18/20) em XXX de 20XX.

*Paciente realizou tratamento com retossigmoidectomia com anastomose término-terminal em abril de 2017, apresentando estadiamento patológico pT3pN2b- realizou quimioterapia adjuvante com esquema FOLFOX por 12 ciclos (6 meses) até dezembro de 2017. Gostaria de realizar a transição de cuidado e que mantenhas esse acompanhamento. O resumo do caso e tratamento será enviado em anexo e abaixo apresenta os exames necessários para seguimento. Para maiores informações, estou à disposição*

Porto Alegre 07 de dezembro de 2022

---

Dr #####  
CREMERS ###

SEGUIMENTO PROPOSTO E MOTIVOS PARA NOVO REFERENCIAMENTO:

- 1) **Colonoscopia**-> A realização de colonoscopia deve ser seguir o mesmo padrão da população em geral. Na ausência de pólipos repetir a cada 5-10 anos. Presença de pólipos de baixo grau repetir em 3 anos. Presença de pólipos de alto grau repetir em 1 ano.
- 2) **Antígeno carcinoembrionico (CEA)**-> NÃO há benefício ou indicação

PACIENTES DEVEM SER REENÇAMINHADOS QUANDO COM IMAGEM SUGESTIVA DE RECIDIVA LOCAL OU A DISTÂNCIA OU COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA POSITIVA PARA NEOPLASIA



## B) MAMA



NOME: xxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Atesto que xxx xxx xxx xxx anos, diagnosticada com Câncer de mama (CID 10 C50) em xxxxx de 20xx

A paciente acima realizou diagnóstico de neoplasia de mama em dezembro de 2017. Realizou mastectomia + esvaziamento axilar em janeiro de 2018 com estadiamento pT1cpN3- Devido a alto volume de doença linfonodal paciente realizou quimioterapia adjuvante com esquema contendo antraciclina entre março e setembro de 2018. Posteriormente realizou radioterapia direcionada a axila e drenagem linfática. Atualmente desde outubro de 2018 com ANASTRAZOL (inibidor de aromatase). Apresenta como seqüela de tratamento- dor em local de mama e axila.

Gostaria de realizar a transição de cuidado e solicitar que mantenha esse acompanhamento exclusivo. Envio em anexo resumo detalhado de tratamento e abaixo resumo de recomendações de seguimento. Para maiores informações, estou á disposição

Porto Alegre xx de Dezembro de xxx

Dr #####  
CREMERS ####

### SEGUIMENTO PROPOSTO E MOTIVOS PARA NOVO REFERENCIAMENTO EM TUMOR DE MAMA:

-> Paciente com indicação de mamografia anual. Alterações na classificação de *BIRADS* devem se interpretadas da mesma maneira dos demais pacientes

-> A complementação com ecografia de mama e/ou axila ou a redução nos intervalos entre exames devem ocorrer quando surgimento de novo nódulo em mama ou axila.

-> Paciente com úlcera em cicatriz cirúrgica devem ser referenciadas a mastologia

#Paciente utilizou quimioterapia e radioterapia durante o tratamento do câncer, devido isso, tem risco aumentado de outros problemas de saúde, que incluem: insuficiência cardíaca, surgimento de outras neoplasia e demais descritas abaixo

#Paciente realizou cirurgia em axila, por isso pode ter edema no membro superior desse lado

## C) PRÓSTATA



NOME: XXXX XXXXX

Atesto que XXXXXX, XX anos, diagnosticado com Câncer de próstata (CID 10 C61) em XXX de 20XX.

Fez tratamento radical com radioterapia e bloqueio androgênico central com agonista de GnRH por 36 meses (2007-2010) O exame anátomo-patológico e imagens mostrou que trata-se de câncer localmente avançado, sem linfonodos comprometidos (cT3cN0- EC III). . Atualmente sem sinais de aumento de PSA desde então. Este paciente tem condições no momento de ser acompanhado exclusivamente pela rede básica de atenção com exame clínico usual e medidas de PSA semestrais. Gostaria de realizar a transferência de cuidado e que mantenha esse acompanhamento exclusivo. Envio em anexo documento detalhado de tratamento e abaixo acompanhamento indicado. Para maiores informações, estou à disposição

Porto Alegre XX de XXXXX de 2022

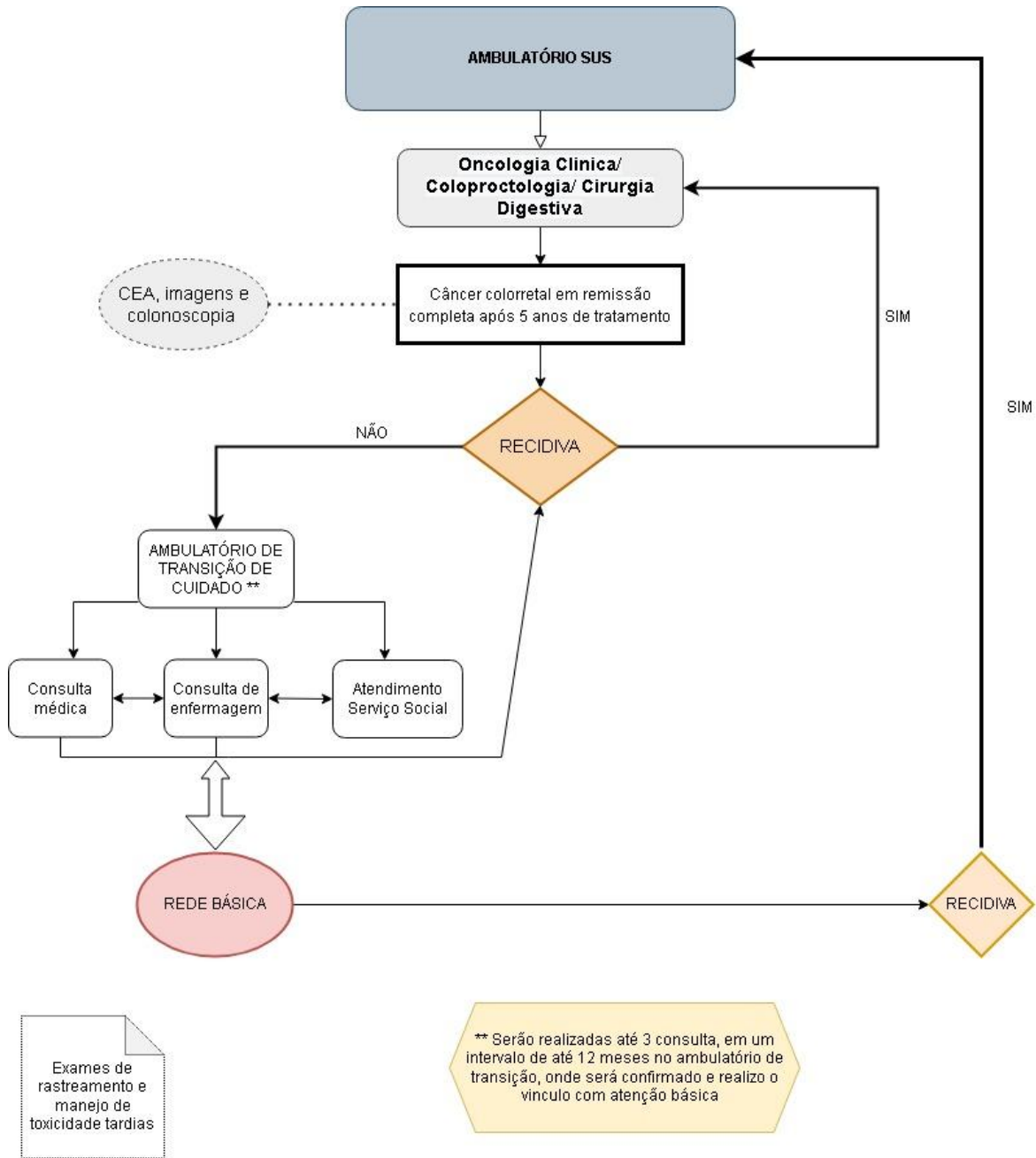
Dr(a) #####  
CREMERS #####

### SEGUIMENTO PROPOSTO E MOTIVOS PARA NOVO REFERENCIAMENTO:

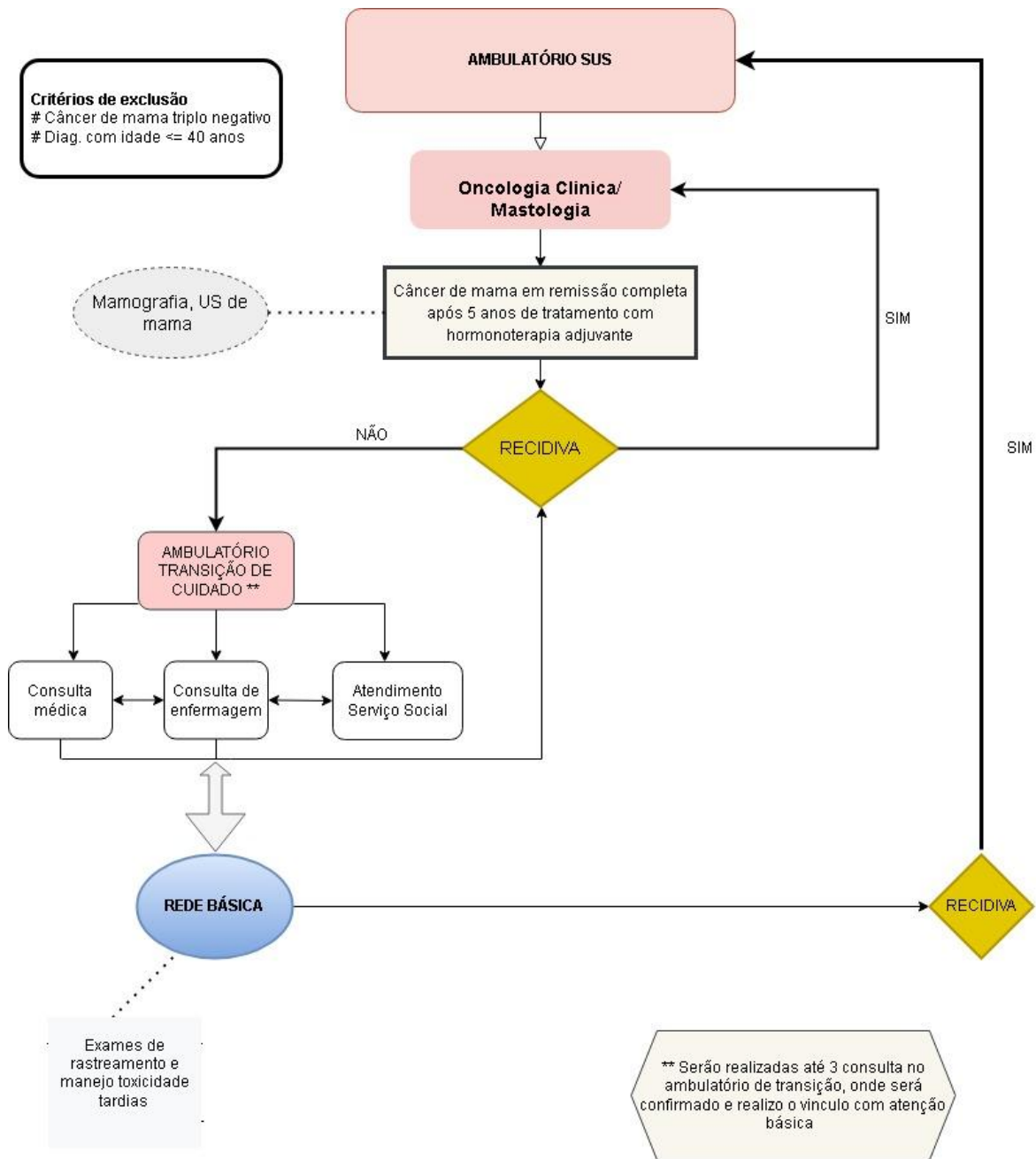
# Realizar pedidos de PSA com intervalo a cada 12 meses para todos pacientes

- 1) **Paciente que realizaram prostatectomia (independente de ter realizado radioterapia posteriormente)**-> Quando ocorrer aumento, confirmar o aumento, com nova medida de PSA em intervalo mínimo de 14 dias entre as medidas. Caso isso ocorra reencaminhar
- 2) **Pacientes que realizaram APENAS radioterapia** -> Considerar o valor mínimo de PSA atingido pelo paciente (nadir). Encaminhar quando aumentos maiores de 2 (dois) pontos, desse valor. Também é necessário confirmar com nova coleta com intervalo de 14 dias entre medidas.  
Prostatites, infecções urinárias e manipulação (toque retal) podem dar aumentos transitórios.

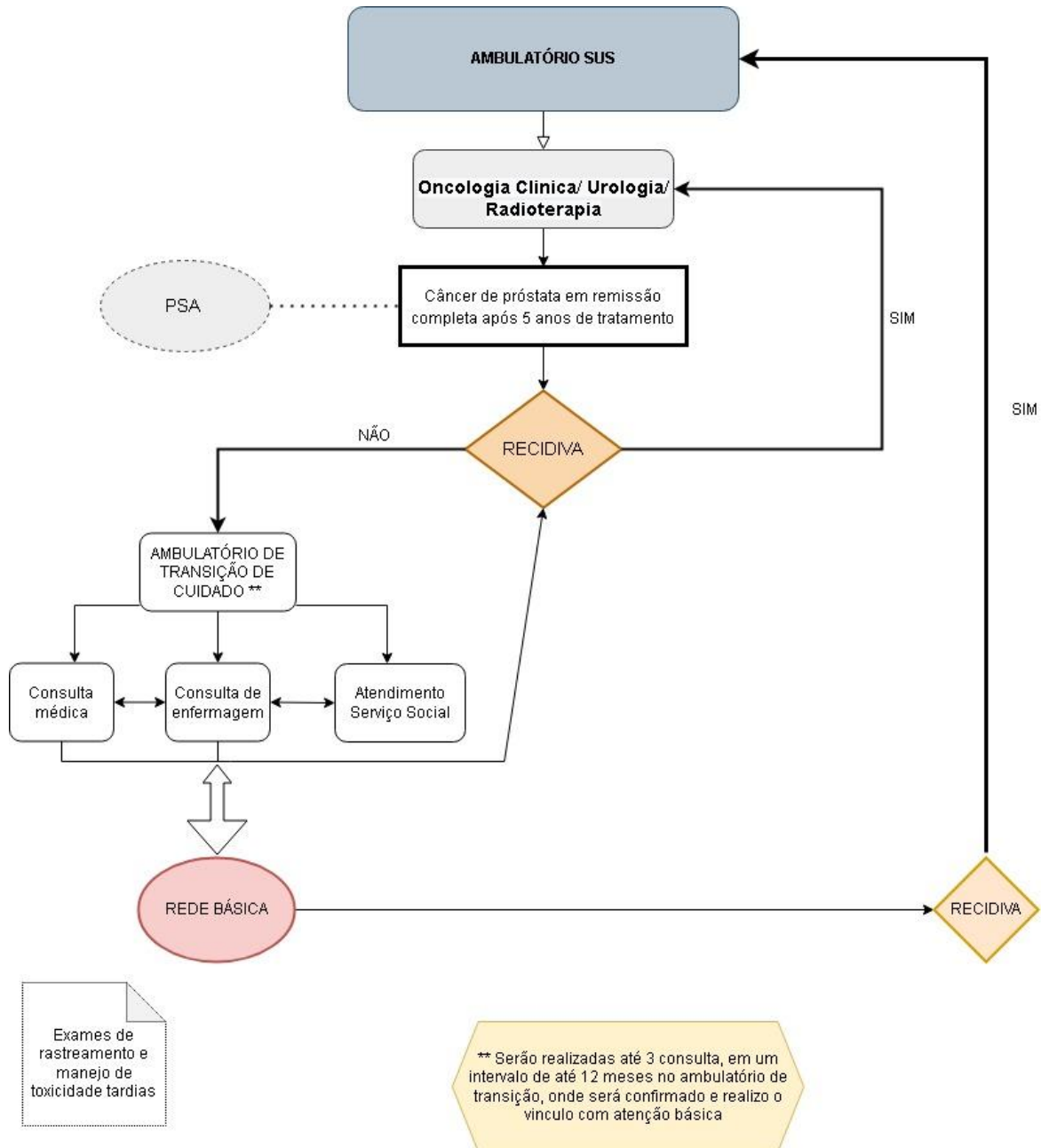
3) FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO ESPECIALIDADE  
 A) CÓLON/RETO



## B) MAMA



### C) PRÓSTATA



## REFERÊNCIAS

- 1) Shapiro CL. Cancer Survivorship. *New England Journal of Medicine*. 2018;379(25):2438-2450. doi:10.1056/NEJMra1712502
- 2) Hayes BD et al. - Primary care provider-led cancer survivorship care in the first 5 years following initial cancer treatment: a scoping review of the barriers and solutions to implementation. *J Cancer Surviv*. 2022 Nov 15. doi: 10.1007/s11764-022-01268-y.
- 3) National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS). NCCS - National Coalition for Cancer Survivorship. <https://www.canceradvocacy.org/>. Acessado Novembro 20, 2022.
- 4) Graphs - Office of Cancer Survivorship. <https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics/graphs.html>. Acessado em 11 de outubro 2022.
- 5) McDonough AL, Rabin J, Horick N, et al. Practice, Preferences, and Practical Tips From Primary Care Physicians to Improve the Care of Cancer Survivors. *Journal of Oncology Practice*. May 2019. doi:10.1200/JOP.18.00740
- 6) Brouwers MC, Vukmirovic M, Tomasone JR, et al. Documenting coordination of cancer care between primary care providers and oncology specialists in Canada. *Can Fam Physician*. 2016;62(10):e616-e625.
- 7) Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *The Lancet Oncology*. 2015;16(12):1231-1272. doi:10.1016/S1470-2045(15)00205-3
- 8) Rubinstein EB, Miller WL, Hudson SV, et al. Cancer Survivorship Care in Advanced Primary Care Practices. *JAMA Intern Med*. 2017;177(12):1726-1732. doi:10.1001/jamainternmed.2017.4747
- 9) Turcotte LM, Neglia JP, Reulen RC, et al. Risk, Risk Factors, and Surveillance of Subsequent Malignant Neoplasms in Survivors of Childhood Cancer: A Review. *JCO*. 2018;36(21):2145-2152. doi:10.1200/JCO.2017.76.7764
- 10) Henderson TO. Systematic Review: Surveillance for Breast Cancer in Women Treated With Chest Radiation for Childhood, Adolescent, or Young Adult Cancer. *Ann Intern Med*. 2010;152(7):444. doi:10.7326/0003-4819-152-7-201004060-00009
- 11) Survivorship Care Planning Tools. ASCO. <https://www.asco.org/practice-guidelines/cancer-care-initiatives/prevention-survivorship/survivorship-compendium>. Published February 26, 2016. Acessado em 15 de novembro de 2022
- 12) ASCO Cancer Treatment and Survivorship Care Plans. Cancer.Net. <https://www.cancer.net/survivorship/follow-care-after-cancer-treatment/asco-cancer-tr>

eatment-and-survivorship-care-plans. Published February 9, 2011. Acessado em 15 de novembro de 2022

- 13) Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Medical Clinics of North America*. 2017;101(6):1099-1113. doi:10.1016/j.mcna.2017.06.005
- 14) Kalder M, Hadji P. Breast Cancer and Osteoporosis - Management of Cancer Treatment-Induced Bone Loss in Postmenopausal Women with Breast Cancer. *BRC*. 2014;9(5):312-317. doi:10.1159/000368843
- 15) Dhesy-Thind S, Fletcher GG, Blanchette PS, et al. Use of Adjuvant Bisphosphonates and Other Bone-Modifying Agents in Breast Cancer: A Cancer Care Ontario and American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Oncology*. 2017;35(18):2062-2081. doi:10.1200/JCO.2016.70.7257
- 16) Moltzahn F, Dal Pra A, Furrer M, Thalmann G, Spahn M. Urethral strictures after radiation therapy for prostate cancer. *Investig Clin Urol*. 2016;57(5):309-315. doi:10.4111/icu.2016.57.5.309
- 17) Armstrong GT, Chen Y, Yasui Y, et al. Reduction in Late Mortality among 5-Year Survivors of Childhood Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(9):833-842. doi:10.1056/NEJMoa1510795
- 18) Wolf AM, Wender RC, Etzioni RB et al American Cancer Society Prostate Cancer Advisory Committee American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. *CA Cancer J Clin*. 2010;60(2):70.
- 19) McNaughton-Collins MF, Barry MJ One man at a time--resolving the PSA controversy. *N Engl J Med*. 2011;365(21):1951.
- 20) Skolarus TA, Wolf AM, Erb NL et al American Cancer Society prostate cancer survivorship care guidelines. *CA Cancer J Clin*. 2014;64(4):225. Epub 2014 Jun 10.