

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 1 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
ESTADIAMENTO	2
AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	5
CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO.....	6
MANEJO DE CBNMI APÓS RTU DE BEXIGA	7
IRRIGAÇÃO VESICAL	7
APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG.....	7
MONITORAMENTO CLÍNICO	8
CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO	8
MONITORAMENTO	8
CONFLITOS DE INTERESSE.....	8
REFERÊNCIAS.....	9
SIGLAS	10
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	11

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 2 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

INTRODUÇÃO

O câncer de bexiga representa aproximadamente 6% dos tumores malignos, sendo mais prevalente na raça branca, mais comum no sexo masculino do que no feminino (proporção de 4:1) e apresenta maior taxa de incidência a partir da sexta década de vida. O número de mortes por câncer de bexiga no Brasil em 2013 foi de 3.642, e foram diagnosticados 9.670 novos casos em 2016.

Aproximadamente 75% dos pacientes com câncer de bexiga apresentam doença confinada à mucosa (estádio Ta, CIS) ou submucosa (estádio T1) após a realização da ressecção transuretral (RTU), que são conceitualmente classificados como tumores não músculo-invasivos (CBNMI). Esses tumores apresentam alta taxa de recorrência, podendo chegar até a 90% caso não seja realizado tratamento complementar intravesical.

OBJETIVOS

Fornecer recomendações práticas e padronizar a aplicação do bacilo de *Calmette-Gúerin* (BCG) intravesical e o acompanhamento de pacientes com câncer de bexiga não músculo invasivo no âmbito do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh) e seus anexos.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Pacientes com diagnóstico de câncer de bexiga não músculo invasivo com risco intermediário, alto risco ou muito alto risco de progressão segundo critérios da EAU (*European Association of Urology*) 2021.

ESTADIAMENTO

O estadiamento é determinado pela profundidade de invasão tumoral da parede vesical e o diagnóstico correto dependerá da RTU do tumor, realizada por via endoscópica.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 3 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

CLASSIFICAÇÃO TNM DE 2017 PARA CÂNCER DE BEXIGA

T – Tumor primário

- Tx** Tumor primário não pode ser avaliado
- T0** Nenhuma evidência de tumor primário
- Ta** Carcinoma papilar não invasivo (restrito à mucosa)
- Tis** Carcinoma *in situ*
- T1** Tumor com invasão sub-epitelial (invasão da lâmina própria)
- T2** Tumor com invasão muscular
 - pT2a: superficial (metade interna)
 - pT2b: profunda (metade externa)
- T3** Tumor invade tecido perivesical
 - pT3a: microscopicamente
 - pT3b: macroscopicamente (massa extravesical)
- T4** Tumor invade qualquer dos órgãos adjacentes
 - pT4a: tumor invade a próstata, útero ou vagina
 - pT4b: tumor invade a parede pélvica-abdominal

N – Linfonodos Regionais

- Nx** Linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0** Nenhuma metástase para linfonodo regional
- N1** Metástase em apenas um linfonodo na pelve verdadeira (hipogástrico, obturador, ílaco externo ou pré-sacral)
- N2** Metástase em múltiplos linfonodos na pelve verdadeira
- N3** Metástase em linfonodos na ílaca comum

M – Metástase à Distância

- MX** Metástases à distância não podem ser avaliadas
- M0** Nenhuma metástase à distância
- M1** Presença de metástases à distância
 - M1a: linfonodos não regionais
 - M1b: metástases em outros sítios distantes

Para facilitar as recomendações de tratamentos, é importante categorizar os pacientes em grupos de risco. De acordo com a classificação de risco da EAU 2021, os pacientes são estratificados em quatro

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 4 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

grupos: baixo risco, risco intermediário, alto risco e muito alto risco. Essa divisão irá orientar o tratamento adequado para cada grupo.

Tabela 1 – Composição clínica dos novos grupos de risco do fator prognóstico do câncer de bexiga não músculo-invasivo da Associação Europeia de Urologia baseados nos sistemas de classificação da OMS 2004/2016 ou OMS 1973

Grupo de risco	
Baixo risco	<ul style="list-style-type: none"> Um tumor primário único Ta LG/G1 com diâmetro < 3 cm, sem carcinoma in situ (CIS), em paciente < 70 anos. Um tumor primário LG/G1 com, no máximo, UM dos seguintes fatores de risco clínicos adicionais: <ul style="list-style-type: none"> Idade > 70 anos Tumores múltiplos Diâmetro do tumor ≥ 3 cm Estágio T1.
Risco intermediário	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes sem CIS que não estão incluídos nos grupos de baixo, alto ou muito alto risco.
Alto risco	<ul style="list-style-type: none"> Todos os casos T1 HG/G3 sem CIS, EXCETO aqueles incluídos no grupo de muito alto risco. Todos os pacientes com CIS, EXCETO aqueles incluídos no grupo de muito alto risco.
	<p>Estágio, grau com fatores de risco clínicos adicionais*:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ta LG/G2 ou T1 G1, sem CIS com todos os 3 fatores de risco; Ta HG/G3 ou T1 LG, sem CIS com pelo menos 2 fatores de risco; T1 G2 sem CIS com pelo menos 1 fator de risco.
Muito alto risco	<p>Estágio, grau com fatores de risco clínicos adicionais*:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ta HG/G3 e CIS com todos os 3 fatores de risco; T1 G2 e CIS com pelo menos 2 fatores de risco; T1 HG/G3 e CIS com pelo menos 1 fator de risco; T1 HG/G3 sem CIS com todos os 3 fatores de risco.

* Fatores de risco adicionais são: idade > 70, tumores papilares múltiplos e tumores > 3 cm.

- Apenas um dos dois sistemas de classificação (OMS 2004/2016 ou OMS 1973) é necessário para usar esta tabela.
- Se ambos os sistemas de classificação forem válidos para um paciente individualmente, o painel recomenda o uso do cálculo do grupo de risco baseado no OMS 1973, já que este tem melhor valor prognóstico.
- A categoria de tumores LG (OMS 2004/2016) também inclui pacientes com tumores classificados como PUNLMP.
- Pacientes com doença recorrente devem ser incluídos no grupo de risco intermediário, alto ou muito alto, de acordo com seus outros fatores prognósticos.
- Com base na literatura publicada, pacientes com carcinoma in situ (CIS) na uretra prostática, invasão linfovascular e histologia variante micropapilar, plasmocitoide, sarcomatoide ou neuroendócrina devem ser incluídos no grupo de muito alto risco. Mais dados são necessários para classificar com precisão outras histologias variantes como de alto risco ou muito alto risco.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 5 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Em relação ao diagnóstico, hematúria é o achado mais comum dos tumores de bexiga não músculo-invasivos.
- Hematúria macroscópica está associada com um pior estadiamento quando comparada com micro-hematúria na apresentação inicial.
- Carcinoma in situ (CIS) pode ser suspeitado em pacientes com sintomas irritativos do trato urinário inferior.

EXAME FÍSICO

- O exame físico não é capaz de identificar o câncer de bexiga não músculo invasivo.

MÉTODOS DE IMAGEM

- Ultrassonografia (US) geralmente é o primeiro exame de imagem realizado para identificar a causa da hematúria, por ser barato, disponível e livre de radiação. Entretanto, quando o resultado for normal, não está excluída a presença de tumor do trato urinário.
- A tomografia computadorizada (TC) pode ser utilizada para detectar tumores papilares no trato urinário por uma falha de enchimento na fase excretora, hidronefrose e até mesmo através de acometimento linfonodal ou de órgãos vizinhos. Essa modalidade de exame vem substituindo a urografia excretora na avaliação complementar, pois fornece mais informações da parede vesical e do trato urinário superior.
- No diagnóstico inicial do câncer de bexiga não músculo invasivo, pode-se realizar uma urotomografia (ou urografia excretora) em casos selecionados (exemplo: tumores localizados no triângulo, múltiplos ou tumores de alto risco).

MARCADORES MOLECULARES URINÁRIOS

- Vários laboratórios desenvolveram testes com marcadores moleculares, entretanto poucos tiveram aplicação clínica e nenhum foi aceito como utilização de rotina até o momento.

CITOSCOPIA

- A cistoscopia continua sendo o padrão-ouro para o diagnóstico de tumor vesical.
- Toda área suspeita deve ser amostrada e encaminhada para avaliação histopatológica.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 6 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

- Citologia urinária e lavado vesical apresentam alta sensibilidade para tumores de alto grau e CIS (84%), porém baixa sensibilidade para os de baixo grau (16%).
- Citologia positiva também pode indicar tumor urotelial de qualquer outro lugar do trato urinário, inclusive trato urinário superior. Entretanto, citologia negativa não exclui a presença de tumor.
- O lavado vesical tem maior sensibilidade do que a citologia urinária, devido à esfoliação causada pelo soro fisiológico durante a cistoscopia.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO

- Biópsias de áreas suspeitas (trígono, cúpula vesical e paredes direita, esquerda, anterior e posterior) estão indicadas em pacientes com citologia urinária positiva e ausência de tumor visível na bexiga.
- Em pacientes com citologia oncótica positiva e cistoscopia negativa, é importante excluir carcinoma urotelial no trato urinário superior, CIS na bexiga (cistoscopia com fluorescência) e tumor na uretra prostática (biópsia da uretra prostática).
- É recomendado realizar cistoscopia em todos os pacientes com sintomas sugestivos de câncer de bexiga. Ela não pode ser substituída pela citologia ou qualquer outro teste não invasivo. Nenhum marcador urinário é capaz de substituir a cistoscopia durante o seguimento ou reduzir a frequência de exames endoscópicos na prática clínica.
- O CIS é diagnosticado através de uma combinação de cistoscopia, citologia urinária e avaliação histológica de múltiplas biópsias vesicais.
- A incidência de tumores do trato urinário superior é baixa (1,8%), mas pode aumentar para 7,5% nos tumores localizados no trígono. O risco de recorrência no trato urinário superior aumenta nos tumores múltiplos e de alto risco. Nestas situações e quando há citologia positiva sem lesão vesical, está justificada a investigação do trato urinário superior.
- Os principais fatores relacionados com o pior prognóstico no tumor de bexiga são: grau histológico; estadiamento; CIS ; multifocalidade (mais de três lesões); tamanho de lesões (acima de 3cm); aspecto endoscópico da lesão tumoral (sésil ou sólido são piores); tempo de recidiva após RTU e tratamento intravesical (menor que 1 ano implica pior prognóstico).
- Outros fatores menos importantes: invasão linfovascular, detecção de variante micropapilar do carcinoma urotelial, idade, sexo, ploidia tumoral, marcadores tumorais, perfuração vesical durante a RTU e invasão prostática.
- Em relação ao tratamento, a RTU é o tratamento de escolha, tanto para diagnóstico como para tratamento das lesões tumorais, estando indicada em todos os casos de tumores ou lesões vesicais suspeitas.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 7 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

- O tratamento de tumores TaT1 de alto grau e tumores T2 é completamente diferente, portanto o estadiamento correto é muito importante. Tem sido demonstrado que uma segunda RTU (re-RTU) pode aumentar a sobrevida livre de recorrência, melhorar os resultados após o tratamento com BCG e fornecer maiores informações prognósticas.
- A re-RTU está indicada em caso de lesões pT1, ausência de camada muscular própria nos fragmentos analisados (exceto pTa baixo grau e CIS) e suspeita de ressecção incompleta. A re-RTU deverá ser realizada 2 a 6 semanas após a primeira ressecção.
- Em relação à avaliação da qualidade da ressecção tumoral, tem sido evidenciado que a ausência de musculatura detrusora está associada com um alto risco de doença residual, recorrência precoce e sub-estadiamento tumoral. Portanto, a presença da musculatura detrusora no espécime é considerada como marcador de qualidade da ressecção e deve ser alcançado (exceto, quando for Ta baixo grau).
- A RTU poderá ser feita *en-block* ou em frações (parte exofítica do tumor, parte profunda e áreas periféricas). A presença de musculatura detrusora no espécime é necessária em todos os casos, exceto Ta baixo grau.
- Biópsias de áreas suspeitas estão sempre recomendadas.

MANEJO DE CBNMI APÓS RTU DE BEXIGA

IRRIGAÇÃO VESICAL

Todos os pacientes deverão ficar em irrigação vesical com SF0,9% no pós-operatório. Duas meta-análises identificaram uma menor recorrência nestes casos. A irrigação deverá ser iniciada no pós-operatório imediato e mantida por pelo menos doze horas.

APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG

- As instilações com BCG intravesical serão divididas em duas fases.
- Fase de indução com seis aplicações semanais de BCG intravesical e fase de manutenção com aplicações no 3º, 6º, 12º, 18º, 24º, 30º e 36º mês do final da fase de indução. Nestes meses específicos será realizado ciclos de três aplicações semanais.
- Para pacientes com risco intermediário a fase de manutenção deverá ter duração de 1 ano.
- Para os demais elegíveis ao BCG, pacientes de risco alto e muito alto, a fase de manutenção deverá ter duração de 12 a 36 meses. A definição ficará a cargo do médico assistente.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 8 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

- Orientações para aplicação de BCG:
 - Dose de 40 mg com retenção intravesical por 02 horas idealmente.
 - As contraindicações ao BCG intravesical são: hematúria macroscópica, infecção urinária, reação prévia ao BCG, imunodeprimidos e portadores de endopróteses vasculares.

MONITORAMENTO CLÍNICO

- Tumores de baixo risco progressão: cistoscopias no 3º mês pós RTU, 12º mês pós RTU, anuais até o 5º ano.
- Tumores de risco intermediário e alto risco de progressão: cistoscopias de 3 em 3 meses até o 2º ano. De 4 em 4 meses no 3º ano. De 6 em 6 meses nos 4º e 5º ano e, posteriormente, anualmente.
- Lavado vesical deve ser realizado para todos os pacientes durante as cistoscopias.
- Pacientes com citologia positiva e cistoscopia sem lesão suspeita devem ser submetidos a biópsia vesica. Realizar estudo do trato urinário superior.
- A cistoscopia com fluoroscopia está indicada na suspeita de CIS, não disponível em nosso serviço.
- Tumores de muito alto risco devem ser manejados com cistectomia radical precoce, no caso de não aceitação pelo paciente da indicação de cirurgia radical precoce o manejo deve ser adaptado tendo como referência os pacientes de alto risco.

CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Óbito do paciente.
- Desejo do paciente ou médico assistente (justificado).
- Casos isolados não contemplados neste protocolo.

MONITORAMENTO

Número de pacientes submetidos a instilação intravesical de BCG por ano.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 9 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

REFERÊNCIAS

- Bishr M, Lattouf J-B, Latour M, Saad F. Tumour stage on re-staging transurethral resection predicts recurrence and progression-free survival of patients with high-risk non-muscle invasive bladder cancer. *Can Urol Assoc J.* 2014;8(5-6):E306-10. doi:10.5489/cuaj.1514.
- Bjerregaard BK, Raaschou-Nielsen O, Sørensen M, et al. Tobacco smoke and bladder cancer-in the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Int J Cancer.* 2006;119(10):2412-2416. doi:10.1002/ijc.22169.
- Bolenz C, West AM, Ortiz N, Kabbani W, Lotan Y. Urinary cytology for the detection of urothelial carcinoma of the bladder--a flawed adjunct to cystoscopy? *Urol Oncol.* 2013;31(3):366-371. doi:10.1016/j.urolonc.2011.01.017.
- Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol.* 2005;16(3):481-488. doi:10.1093/annonc/mdi098.
- Brierley JD, Gospodarowicz M WC (Eds). *TNM Classification of Malignant Tumors.* UICC International Union Against Cancer. Wiley-Blackwell. 8th ed.; 2017.
- Cho KS, Seo HK, Joung JY, et al. Lymphovascular invasion in transurethral resection specimens as predictor of progression and metastasis in patients with newly diagnosed T1 bladder urothelial cancer. *J Urol.* 2009;182(6):2625-2630. doi:10.1016/j.juro.2009.08.083.
- Colt JS, Friesen MC, Stewart PA, et al. A case-control study of occupational exposure to metalworking fluids and bladder cancer risk among men. *Occup Environ Med.* 2014;71(10):667-674. doi:10.1136/oemed-2013-102056.
- Comperat, E. et al. Clinicopathological characteristics of urothelial bladder cancer in patients less than 40 years old. *Virchows Arch.* 2015;466: 589.
- EAU Guideline on NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER (TAT1 AND CIS) - LIMITED UPDATE NOVEMBER 2024.
- Freedman, N.D. et al. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA.* 2011;306: 737.
- Grimm M-O, Steinhoff C, Simon X, Spiegelhalder P, Ackermann R, Vogeli TA. Effect of routine repeat transurethral resection for superficial bladder cancer: a long-term observational study. *J Urol.* 2003;170(2 Pt 1):433-437. doi:10.1097/01.ju.0000070437.14275.e0.
- INCA - CÂNCER - Tipo - Bexiga.
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/bexiga>. Accessed December 20, 2017.
- Kurth KH, Schellhammer PF, Okajima E, et al. Current methods of assessing and treating carcinoma in situ of the bladder with or without involvement of the prostatic urethra. *Int J Urol.* 1995;2 Suppl 2:8-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7553309>.



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 10 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

Lokeshwar VB, Habuchi T, Grossman HB, et al. Bladder tumor markers beyond cytology: International Consensus Panel on bladder tumor markers. *Urology*. 2005;66(6 Suppl 1):35-63. doi:10.1016/j.urology.2005.08.064.

Mariappan P, Zachou A, Grigor KM, Edinburgh Uro-Oncology Group. Detrusor muscle in the first, apparently complete transurethral resection of bladder tumour specimen is a surrogate marker of resection quality, predicts risk of early recurrence, and is dependent on operator experience. *Eur Urol*. 2010;57(5):843-849. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.047.

Millán-Rodríguez F, Chéchile-Toniolo G, Salvador-Bayarri J, Palou J, Algaba F, Vicente-Rodríguez J. Primary superficial bladder cancer risk groups according to progression, mortality and recurrence. *J Urol*. 2000;164(3 Pt 1):680-684. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10954628>.

Palou J, Rodríguez-Rubio F, Huguet J, et al. Multivariate analysis of clinical parameters of synchronous primary superficial bladder cancer and upper urinary tract tumor. *J Urol*. 2005;174(3):859-61; discussion 861. doi:10.1097/01.ju.0000169424.79702.6d.

Ramirez D, Gupta A, Canter D, et al. Microscopic haematuria at time of diagnosis is associated with lower disease stage in patients with newly diagnosed bladder cancer. *BJU Int*. 2016;117(5):783-786. doi:10.1111/bju.13345.

Sfakianos JP, Kim PH, Hakimi AA, Herr HW. The effect of restaging transurethral resection on recurrence and progression rates in patients with nonmuscle invasive bladder cancer treated with intravesical bacillus Calmette-Guérin. *J Urol*. 2014;191(2):341-345. doi:10.1016/j.juro.2013.08.022.

van der Meijden A, Oosterlinck W, Brausi M, Kurth KH, Sylvester R, de Balincourt C. Significance of bladder biopsies in Ta,T1 bladder tumors: a report from the EORTC Genito-Urinary Tract Cancer Cooperative Group. EORTC-GU Group Superficial Bladder Committee. *Eur Urol*. 1999;35(4):267-271. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10419345>.

van Rhijn BWG, van der Poel HG, van der Kwast TH. Urine markers for bladder cancer surveillance: a systematic review. *Eur Urol*. 2005;47(6):736-748. doi:10.1016/j.eururo.2005.03.014.

Yafi FA, Brimo F, Steinberg J, Aprikian AG, Tanguay S, Kassouf W. Prospective analysis of sensitivity and specificity of urinary cytology and other urinary biomarkers for bladder cancer. *Urol Oncol*. 2015;33(2):66.e25-31. doi:10.1016/j.urolonc.2014.06.008.

SIGLAS

BCG	Bacilo de <i>Calmette-Guérin</i>
CBNMI	Tumores não músculos invasivos
CIS	Carcinoma <i>in situ</i>

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UCCE.417 - PÁGINA 11 de 11	
Título do Documento:	APLICAÇÃO INTRAVESICAL DE BCG	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
01	15/01/2026	Elaboração do documento.

Elaboração/Revisão	Anderson de Oliveira Galvão - médico - Urologia
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica
Responsável Técnico	Paulo César Viegas Martins - médico - Urologia
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico