

PSA: TÉCNICA E ETICAMENTE INSUSTENTÁVEL

PSA: NOT SUSTAINABLE TECHNICALLY AND ETHICALLY

PSA: TECNICAMENTE Y ETICAMENTE INSUSTENIBLE

EPÍGRAFE

“...before getting a PSA test, all men deserve to know what the science tells us about PSA screening: there is a very small potential benefit and significant potential harms. We encourage clinicians to consider this evidence and not screen their patients with a PSA test unless the individual being screened understands what is known about PSA screening and makes the personal decision that even a small possibility of benefit outweighs the known risk of harms.” (*USPSTF Co-Chair Michael LeFevre, M.D., M.S.P.H. May 22, 2012*)

Charles Dalcanale Tesser¹
Armando Henrique Norman²

¹ Médico especialista em Medicina Preventiva e Social, doutor em Saúde Coletiva, professor Adjunto do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Endereço: Rua Douglas Seabra Levier, 228 – casa 6 – Trindade – Florianópolis – SC – CEP 88040-410 – E-mail: charlestesser@ccs.ufsc.br

² Especialista em Medicina de Família e Comunidade, mestre em Antropologia Médica, doutorando em Antropologia Médica na Universidade de Durham, Reino Unido. Endereço: Durham University, Anthropology Department, Dawson Building, South Road, Durham, Post Code: DH1 3LE, Durham, UK. E-mail: a.h.norman@durham.ac.uk

O objetivo desta nota é fazer uma crítica e correção do artigo publicado no volume 3 número 2 desta revista intitulado

“Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA”.⁽¹⁾³ No resumo, o

expressa o objetivo de “descrever a importância do rastreamento precoce do câncer de próstata...”(p.687), repetido na introdução (p. 691); através de estudo da literatura dos últimos 10 anos, que selecionou 10 artigos.

Não seria possível em duas páginas uma análise detalhada do artigo, que não apresenta argumentos consistentes para a defesa da recomendação do rastreamento de câncer de próstata no texto nem nas referências utilizadas. Ao contrário, os fundamentos e critérios para o estabelecimento de recomendação do rastreamento foram simplesmente omitidos.

Há critérios consagrados e aceitos na literatura médica e de Saúde Pública e discussões recentes os têm reforçado e enfatizado quando da adoção de programas de rastreamento.⁽²⁻¹¹⁾ Uma rápida observação na literatura utilizada no artigo revela que ela não fundamenta suas afirmações. As referências 4, 5 e 7 trazem afirmações que são utilizadas acriticamente e descontextualizadas. As referências 8,9,10,11e 13 são insignificantes para o tema em questão. A referência 1 é desatualizada, uma vez que em 2010 o Ministério da Saúde brasileiro, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer,

editou texto sobre rastreamento⁽⁴⁾, incluindo o câncer de próstata, disponível quando da submissão do artigo. A referência 6 também não sustenta o estabelecimento da recomendação do rastreamento: nela as metodologias “padrão-ouro” (ensaios clínicos randomizados) ou seus resultados atuais não são sequer mencionadas. Há afirmações não (ou mal) fundamentadas, utilizando fontes “indiretas”, ao estilo “apud”, sem explicitar esse uso. Mais graves do que os erros formais, são insustentáveis os erros “substanciais”, pois o texto transmite, no conjunto e em afirmações claras no seu interior, que o rastreamento deve ser incentivado.

Ao contrário do que expressa o artigo, o rastreamento de câncer de próstata não é e nunca foi recomendado cientificamente através de consensos baseados em conhecimentos e evidências de boa qualidade, por pesquisas e instituições amplas e idôneas (sem conflitos de interesse), o que é obrigatório, dada a complexidade da avaliação dos rastreamentos, seus vieses e o seu potencial de danos, particularmente os do câncer de próstata. O balanço entre benefícios e danos é crucial nos rastreamentos. E, na dúvida, no caso dos rastreamentos, não se recomenda intervir sem garantia e segurança de que os benefícios potenciais compensam amplamente os danos potenciais. Os principais riscos envolvidos são os falso-positivos; a seqüência de exames

diagnósticos a que o paciente será submetido até a confirmação da “doença”; os falso-negativos; o tratamento excessivo das anormalidades limítrofes e doenças inconseqüentes - o sobrediagnóstico e o sobretratamento^(9,10) - e suas complicações, particularmente freqüentes e relevantes no caso em questão; além de gerar preocupação e ansiedade nos pacientes que necessitam confirmação de exames alterados. Todos os programas de rastreamento causam danos e alguns fazem bem.⁽⁴⁾ Até pouco tempo atrás (fim de 2011), instituições como os comitês nacionais de rastreamento de países industrializados consideravam que os conhecimentos e evidências não permitiam recomendar o rastreamento com PSA. Isso, todavia, mudou recentemente para uma

recomendação explicitamente negativa⁽¹²⁾, como na USPSTF (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening.htm>), instituição norte-americana respeitada em todo o mundo científico, médico e de saúde pública - cujo dirigente se dirigiu aos médicos nos termos da epígrafe acima. Diferentemente do que afirma o artigo, não há evidência consensual de que haja redução da mortalidade nos grupos rastreados e também há problemas quanto a especificidade e sensibilidade do PSA^(13,14). A recomendação atual no Brasil e no mundo é não rastrear câncer de próstata. **Conclusão:** A defesa da recomendação de rastreamento com PSA (e assim o artigo em questão) não é sustentável cientificamente nem eticamente.

1. Referências

2. Barouki, MPE. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. Revista Eletrônica Gestão e Saúde 2012;3(2):686-98.
3. Wilson JMG, Jungner G. Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades / Principles and practice of screening for disease. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 1969. (Cuadernos de Salud Pública (OMS), 34).
4. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Dery V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bull World Health Organ 2008; 86(4):317-319.
5. Gray JAM. New concepts in screening. Br J Gen Pract. 2004;54(501):292-8.
6. Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. Am Fam Physician 2001;63(3):513-22.
7. Gervas J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. Eur J Gen Pract 2002;8:47-9.
8. Raffles A, Gray M., Screening evidence and practice. Oxford University Press, 2007.

9. Sackett D. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002;167(4):363-4.

screening trial. *N Engl J Med*, England 2009;360:1310-1319.

10. Moynihan R, Doust J, Henry D, Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502

11. Welch HG, Schwartz L, Wolosin S. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston (USA): Beacon Press; 2011.

12. Kloetzel, K. Medicina Ambulatorial: princípios básicos. São Paulo: EPU; 1999.

13. Moyer VA. Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2012;157:120-134.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

15. Andriole, G L. et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012-09-03
Last received: 2013-03-05
Accepted: 2013-05-27
Publishing: 2013-05-29