

Análise descritiva do rastreamento do câncer de próstata no contexto assistencial de atuação das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal

Descriptive analysis of prostate cancer screening in the care context of the Basic Health Units of the Federal District

DOI:10.34117/bjdv8n2-280

Recebimento dos originais: 07/01/2022

Aceitação para publicação: 18/02/2022

Conrado Carvalho Horta Barbosa

Mestre

Centro Universitário de Brasília

707/907 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF, 70790-075

E-mail: conrado.barbosa@ceub.edu.br

Rebeka Moreira Leite Neres

Graduada

Centro Universitário de Brasília

707/907 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF, 70790-075

E-mail: rebeka.neres@gmail.com

Rafaela de Andrade Silva Miranda

Graduada

Centro Universitário de Brasília

707/907 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF, 70790-075

E-mail: rafaadeandrade@sempreceub.com

Patrícia de Mello Faria Horta Barbosa

Mestre

Centro Universitário Euro-Americano

Avenida das Nações, Trecho 0, Conjunto 05 – Brasília – DF

E-mail: pathymello@gmail.com

RESUMO

O câncer de próstata é a segunda maior causa de mortalidade por câncer em homens no mundo. A maioria dos pacientes com essa comorbidade é assintomática, vindo a apresentar sintomas apenas na doença localmente avançada ou metastática. Diante disto, é questionada a importância do rastreamento para a prevenção secundária. Contudo, não há consenso sobre a efetividade da aplicação destes rastreios na literatura. A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) recomenda o rastreamento de CA de próstata de forma individualizada na população masculina entre 55 e 69 anos. Por outro lado, o Ministério da Saúde (MS) desaconselha esta prática, uma vez que evidências mostram que os danos superam os benefícios, realizando, assim, a prevenção quaternária. Considerando tais divergências, fez-se este estudo com o objetivo de avaliar a aplicabilidade do rastreamento do câncer de próstata realizado pelos médicos da Atenção Primária em

Saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal. Para isto, foi realizado um estudo transversal quantitativo, por meio de um questionário que identificou a preferência dos profissionais, se pela adoção das recomendações da SBU, a favor da triagem, ou do MS, que não recomenda esse rastreamento. Foi encontrada uma amostra total de 12 profissionais. Dentre estes, 66,7% afirmaram que realizam o rastreamento do CA de próstata dentro da sua prática médica. Como instrumentos de rastreamento, PSA é utilizado por 87,5% dos médicos, 75% usam anamnese e o exame físico e 25% utilizam o ultrassom de próstata. 33,3% afirmaram que não indicavam o rastreamento do CA de próstata na prática clínica com as seguintes justificativas: “Falta de evidência científica”; “Mais evidências de malefícios que benefícios no rastreamento”; “Exames pouco sensíveis”. 16,6% dos pesquisados indicam o início dessa prática a partir de 40 anos, 50% acima de 50 anos e 8,3% afirmam que o rastreamento devia começar a partir de 45 anos. A partir de revisão bibliográfica e coleta de dados da pesquisa foi possível inferir que a falta de consenso entre as recomendações do MS e da SBU quanto ao rastreamento de Câncer de Próstata dificultam a aplicabilidade dessa prática na Atenção Primária em Saúde (APS). A falta de agentes educadores em saúde, o seguimento em periodicidade inadequada dos pacientes, a falta de interesse do paciente no rastreamento e a falta de verba para custeio de exames foram apontados como as principais barreiras enfrentadas pelos profissionais médicos na APS. Para que o cuidado em saúde seja centrado na pessoa, é necessário a prática da Prevenção Quaternária. Com base nesse conceito, o sobrediagnóstico e sobretratamento é evitado. Além disso, o usuário da rede de saúde fica ciente dos riscos e benefícios do rastreamento do CA de próstata e pode decidir, de forma compartilhada com o médico, se deseja ser submetido ao rastreamento, tornando-se assim, agente ativo no processo de cuidado.

Palavras-chave: Câncer de próstata, Prevenção primária, Prevenção quaternária.

ABSTRACT

Prostate cancer is the second leading cause of cancer mortality in men worldwide. Most patients with this comorbidity are asymptomatic, presenting symptoms only in locally advanced or metastatic disease. In view of this, the importance of screening for secondary prevention is questioned. However, there is no consensus in the literature about the effectiveness of these screenings. The Brazilian Society of Urology (SBU) recommends individualized screening for CA of the prostate in the male population between 55 and 69 years of age. On the other hand, the Ministry of Health (MH) advises against this practice, since evidence shows that the harms outweigh the benefits, thus performing quaternary prevention. Considering these differences, this study aimed to evaluate the applicability of prostate cancer screening performed by physicians in Primary Health Care working in Basic Health Units (BHU) of the Federal District. For this, a quantitative cross-sectional study was carried out using a questionnaire that identified the preference of professionals, whether to adopt the SBU recommendations, in favor of screening, or the MS, which does not recommend this screening. A total sample of 12 professionals was found. Among these, 66.7% stated that they perform prostate CA screening within their medical practice. As screening tools, PSA is used by 87.5% of physicians, 75% use anamnesis and physical examination, and 25% use prostate ultrasound. 33.3% stated that they did not indicate screening for CA of the prostate in clinical practice with the following justifications: "Lack of scientific evidence"; "More evidence of harm than benefits in screening"; "Insensitive tests". 16.6% of those surveyed indicated the beginning of this practice at 40 years of age, 50% above 50 years of age, and 8.3% stated that screening should begin at 45 years of age. From literature review and data collection it was possible to infer that the

lack of consensus between the recommendations of the MH and the SBU as to screening for prostate cancer hinders the applicability of this practice in Primary Health Care (PHC). The lack of health educators, the inadequate frequency of patients' follow-up, the patient's lack of interest in screening and the lack of funds to pay for the exams were pointed out as the main barriers faced by medical professionals in PHC. For health care to be person-centered, the practice of Quaternary Prevention is necessary. Based on this concept, overdiagnosis and overtreatment is avoided. In addition, the health network user becomes aware of the risks and benefits of prostate cancer screening and can decide, in a shared manner with the physician, whether to undergo screening, thus becoming an active agent in the care process.

Keywords: Prostate Cancer, Primary Prevention, Quaternary Prevention.

1 INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de próstata é a quinta neoplasia mais incidente do mundo e apresenta a segunda maior mortalidade por câncer em homens, estando atrás apenas do CA de pulmão 1. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou, para 2020, 65.840 novos casos 2. Dentre os fatores de risco, a idade avançada é o mais importante 3, sendo 75% dos casos diagnosticados em homens acima dos 65 anos 4. A descendência africana, história familiar, doenças sexualmente transmissíveis, obesidade, tabagismo, etilismo e condições alimentares também contribuem para seu aparecimento 5.

O CA de próstata engloba um grande espectro de tumores, variando em gravidade e velocidade de proliferação celular. Pode possuir desde uma alta agressividade até um crescimento lento, sendo impossível a distinção no momento do diagnóstico 6. Entretanto, apesar da diversidade evolutiva, grande parte dos tumores da próstata não possuem expressão clínica significativa, sendo a maioria dos pacientes assintomática 7. Assim, os sintomas só costumam se manifestar na doença localmente avançada ou metastática 3.

Diante da importância clínica e epidemiológica do CA de próstata, levantou-se a possibilidade de rastreamento populacional dessa condição. Esse rastreamento objetiva realizar a detecção precoce de tumores, antes do surgimento de sintomas, elevando, assim, a taxa de sucesso do tratamento, a sobrevida ou a melhora da qualidade de vida 8. Essa ação se enquadra no nível de prevenção secundária, por se tratar de uma atividade que visa detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes, subclínico, objetivando diagnóstico e tratamento precoces e melhorando prognóstico 6.

Assim, a Sociedade Brasileira de Urologia enfatiza que o rastreamento de CA de próstata deve ser feito de forma individualizada na população masculina entre 55 e 69 anos.

Ainda preconiza o rastreio em homens entre 40 e 54 anos com fatores de risco para essa condição 9. Atualmente, a detecção precoce desta neoplasia é realizada a partir de dois exames principais: o toque retal e a dosagem sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA) 3,10. Contudo, não há consenso sobre a efetividade da aplicação destes rastreios na literatura 7,11,12,13. Os contrários à triagem citam a preocupação com o diagnóstico excessivo e sobretratamento de condições que não chegariam a comprometer a saúde do homem, resultando em uma piora da qualidade de vida consequente aos efeitos colaterais do tratamento, como incontinência urinária e impotência sexual, prejuízo psicológico e custos médicos significativos 6,13,14.

Os argumentos contrários ao rastreio cumprem ações do nível de prevenção quaternária. O dicionário WONCA 15 definiu como prevenção quaternária a detecção de indivíduos em risco de intervenções (diagnósticas e/ou terapêuticas) excessivas para protegê-los de ações médicas inapropriadas 6,16,17. Executar a prevenção quaternária é reconhecer, escutar e auxiliar os pacientes perante a incerteza das ações em saúde. É uma conscientização dos limites médicos e dos desejos de aplicar à prática os princípios da medicina baseada em evidências. Fundamenta-se, assim, no domínio da informação médico-científica e da sua execução nas decisões rotineiras com base na individualização de riscos x benefícios 17.

O Ministério da Saúde desaconselha o rastreamento para o CA de próstata, uma vez que evidências mostram a ineficácia dessa estratégia, tendo os danos superando os benefícios 6,10,13. Entretanto, afirma que o toque retal e o PSA podem ser realizados em pacientes que demandam espontaneamente o rastreio dessa condição, desde que o profissional assistente oriente quanto aos riscos e benefícios associados a essa prática e que haja uma decisão conjunta entre médico e paciente a favor do rastreio 6,7,13.

Desse modo, levanta-se um questionamento quanto aos reais benefícios relacionados com o rastreamento do câncer de próstata, especialmente se consideradas as medidas preconizadas na prevenção quaternária em saúde.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:^[1]_[SEP] Avaliar a aplicabilidade do rastreamento do câncer de próstata realizado pelos médicos da Atenção Primária em Saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal.

Objetivos específicos:^[1]_[SEP]

1. Analisar os riscos e benefícios do rastreamento de acordo com a experiência prática dos médicos da assistência.^[1]_[SEP]
2. Estabelecer a conduta recomendada e adequada do rastreamento na prática médica na atenção básica de saúde do Brasil.
3. Avaliar o grau de adesão das ações de rastreamento do CA de próstata pelos médicos da APS do DF.^[1]_[SEP]
4. Pesquisar o emprego da prevenção quaternária nas UBS de diferentes pontos do DF com relação ao rastreamento do CA de próstata.^[1]_[SEP]

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA^[1]_[SEP]

O câncer (CA) de próstata tem grande importância epidemiológica para a população masculina, especialmente quanto a sua incidência e mortalidade. Corresponde ao segundo tipo de câncer mais incidente em homens, perdendo somente para o câncer de pele não melanoma, e é a segunda maior causa de morte por neoplasia em pessoas do sexo masculino, sendo superado pelo câncer de pulmão 1, 13, 18.

O risco de apresentar o CA de próstata aumenta substancialmente após os 50 anos em homens brancos, sem história familiar da doença, e após os 40 anos em negros e naqueles que têm parentes próximos com o câncer 5. Além disso, especula-se que infecções sexualmente transmissíveis podem ser um importante fator de risco na patogênese do CA de próstata. Diversos estudos demonstraram a presença de HPV nos carcinomas de próstata em uma variação de 4,2% a 53% dos casos. Gonorreia e tricomoníase também foram associados à doença em investigações científicas 19, 20.

A obesidade é suspeita de aumentar o risco para tumores agressivos, uma vez que aumenta hormônios esteróides sexuais e metabólicos envolvidos na oncogênese. Descobriu-se, também, que homens fumantes apresentam níveis aumentados de androsterona e testosterona, o que pode elevar o risco ou contribuir para a progressão do câncer. Ademais, foi mostrado que o risco relativo para CA prostático aumenta de 1,05 para o consumo de uma dose de álcool por dia para 1,21 para 4 doses alcoólicas 5,21,22.

O CA de próstata pode ter uma evolução variável, de forma que existem casos em que há uma multiplicação acelerada e desordenada de células neoplásicas, que irá resultar em um tumor de rápida progressão, com grande possibilidade de disseminação para outros órgãos. Entretanto, a grande maioria das neoplasias de próstata tem um crescimento lento, não se manifestando clinicamente²². Dessa forma, é uma patologia comumente assintomática, com expressão clínica significativa somente em casos de

doença localmente avançada ou metastática 3,7. O quadro clínico inclui sintomas como: jato urinário fraco, disúria, poliúria, noctúria e hematúria 18.

Atualmente, o rastreamento do CA de próstata é feito a partir do toque retal e da dosagem sérica do antígeno prostático específico (PSA). O toque retal possibilita a avaliação do tamanho, forma e textura da próstata, com o intuito de identificar anormalidades 13. Constitui uma ferramenta na detecção de neoplasia, tendo em vista que 80% dos tumores estão localizados na zona periférica da próstata e 18% dos cânceres nessa glândula são identificados por meio desse exame, independente da concentração sérica de PSA 3.

O PSA é o marcador mais amplamente utilizado para monitorização do CA de próstata. É uma glicoproteína de 34 Kd (Kilodalton), com atividade de serina protease, presente no epitélio prostático, cuja função é liquefazer o coágulo seminal, de forma que sua concentração sérica é normalmente baixa. Sabe-se que o PSA também está presente em outras fontes corporais, tais como: secreções mamárias fisiológicas ou patológicas, líquido amniótico e em lavados broncoalveolares, além da glândula prostática. Entretanto, a produção do antígeno nesses locais não é significativa para a contagem sérica 26,27,28,29.

Dentro do contexto do rastreamento do CA de próstata, a elevação do PSA expressa a extensão de lise celular, não correspondendo, portanto, à produção aumentada por células neoplásicas 23. Dessa forma, o PSA pode estar elevado em outras afecções prostáticas, tais quais hiperplasia prostática benigna, prostatite e infecções do trato urinário inferior, além de que seu valor pode ser alterado após procedimentos como cateterismo vesical e o próprio toque retal 6.

O diagnóstico de CA de próstata depende de biópsia para confirmação histopatológica, que é obtida a por meio do Ultrassom transretal (USTR) 18. Apesar do ponto de corte de PSA (≥ 4 mg/mL) comumente usado para realizar a biópsia, a maioria dos homens submetidos a este procedimento não apresentam evidência histológica de câncer de próstata, sendo a taxa de falso-positivos de cerca de 70% 8. Da mesma forma que alguns indivíduos com níveis de PSA abaixo deste nível estabelecido abrigam células cancerígenas na próstata 21. O estadiamento deve ser baseado na ressonância magnética (RM). Em comparação ao toque retal, USTR e com a tomografia computadorizada, a RM demonstra maior acurácia para avaliação da doença uni ou bilobar, extensão extraprostática e invasão das vesículas seminais. Acrescenta-se na avaliação de estadiamento o número e locais positivos nas biópsias, o grau tumoral e o nível sérico do

PSA. O estadiamento linfonodal ocorre somente quando o tratamento potencialmente curativo é planejado. Faz-se a retirada dos linfonodos das cadeias obturatórias e ilíacas, durante o transoperatório da prostatectomia radical retropúbica. O estágio da doença é determinado por meio de critérios T (tumor), N (linfonodo) e M (metástases) e a graduação histopatológica usando-se o escore de Gleason 22.

Diante das características dessa neoplasia, hoje em dia, existe um debate com relação ao rastreamento populacional do CA de próstata. O rastreio de condições em saúde é caracterizado pela aplicação de testes em pessoas assintomáticas, de maneira que o adoecimento seja identificado precocemente e medidas terapêuticas sejam instituídas de forma mais efetiva. Segundo os níveis de prevenção de Leavell e Clark, o rastreamento de condições é incluído como prevenção secundária em saúde 16.

Um programa de rastreamento ideal deve estar focado no diagnóstico precoce de doenças relevantes no âmbito de saúde pública. Além disso, os pacientes testados devem ser assintomáticos e ter expectativa de vida suficiente para se beneficiarem do tratamento. Os testes de triagem devem possuir grande acurácia e baixo custo e serem minimamente invasivos e facilmente aplicáveis. O tratamento que está disponível para as doenças rastreadas ainda deve ser modificador da história natural da doença, além de reduzir a mortalidade sem causar dano à qualidade de vida do paciente 7.

Tendo em vista esse contexto, os principais argumentos utilizados para a recomendação da triagem do CA de próstata estão embasados em estudos analisados pela a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (US Preventive Services Task Force - USPSTF). De acordo com ensaios clínicos randomizados apresentados por essa força-tarefa, existem evidências que sugerem que o rastreamento de neoplasia prostática poderia resultar em redução absoluta no risco de desenvolvimento de doença metastática em 3.1 casos por 1000 homens. Além disso, dentre os doentes diagnosticados com formas localizadas, o grupo que foi submetido a triagem sofreu maior proporção de intervenções terapêuticas. Esse último dado sugere que o rastreio precoce dessa condição clínica propicia a instalação de terapêutica antecipadamente à evolução desfavorável da doença 19.

Em concordância com esses argumentos, a Sociedade Brasileira de Urologia recomenda o rastreio individualizado do CA de próstata em pacientes entre 55 e 69 anos.

Enfatiza, portanto, que a decisão do paciente pelo rastreamento deve ser feita em conjunto com o médico, profissional esse que necessita fornecer orientações quanto

aos riscos e benefícios dessa prática, ponderando os fatores de risco, as condições de saúde e a expectativa de vida de cada indivíduo .9

Para o Ministério da Saúde (MS), não há evidências suficientes que confirmem a eficácia do rastreamento, recomendando, então, a não adoção desta prática. Eles justificam esta medida expondo as limitações do teste de PSA. Entre elas, é citado o fato de o PSA não ser um marcador tumor-específico, aumentando em outras condições como hiperplasia benigna da próstata, prostatite e infecções do trato urinário. Alegam também que 20% dos homens com CA de próstata têm PSA normal. Além disso, o valor preditivo do teste é de cerca de 33%, levando a maioria dos homens a serem submetidos à biópsia desnecessariamente. Por fim, afirmam que o teste de PSA leva à identificação de cânceres que não teriam se tornado clinicamente evidentes 6.

De modo simplista, o MS procura evitar o sobretratamento e o sobrediagnóstico. O primeiro se refere a métodos curativos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia), empregados de modo desnecessário, expondo os pacientes a efeitos colaterais, aumentando a morbidade e diminuindo a qualidade de vida 8. No caso do CA de próstata, os efeitos colaterais apresentados podem variar desde disfunções físicas até aumento do risco cardiovascular e de complicações metabólicas. Dentre as principais consequências, pode-se ressaltar incontinência urinária e disfunção sexual, além de complicações cirúrgicas. Assim, apesar desses sintomas não serem ameaçadores à vida, têm implicações psicológicas importantes, especialmente em homens com idade menos avançada 13.

Já o conceito de sobrediagnóstico se relaciona à detecção de lesões que nunca seriam identificadas ao longo da vida dos indivíduos, que poderiam morrer por outras causas antes da expressão clínica da doença 8. Resultados de autópsia mostraram que mais de 60% dos homens com mais de 70 anos apresentaram CA de próstata, sendo que a maioria deles não se apresentou clinicamente, ou seja, os tumores se encontravam latentes e o seu diagnóstico deveria ser evitado 7.

A prevenção quaternária, deste modo, priva ações que acarretem em sobretratamento e o sobrediagnóstico. Proposta pelo médico de família belga Marc Jamouille, a prevenção quaternária, relacionando-se com os demais níveis propostos por Leavell e Clarck. Estabelece atuações em saúde orientadas para identificar pessoas sob risco de medicalização excessiva, com objetivo de preservá-las das invasões médicas, e sugerir intervenções eticamente aceitáveis .20

Deve-se destacar a prevenção quaternária, uma vez que na prática médica atual, existem, frequentemente, excessos de medidas preventivas e diagnósticas em

assintomáticos e doentes. As intervenções médicas em sua totalidade nem sempre beneficiam as pessoas da mesma forma, podendo até prejudicá-las. Assim, a prevenção quaternária baseia-se em dois princípios: proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e precaução (cuidados para não lesar o paciente). Deve ser incrementada continuamente e conjuntamente com a atividade clínica 17.

Diante das diferentes conclusões apresentadas na literatura acerca do papel do rastreamento e suas consequências, é fundamental que sejam empregadas uma análise e discussão científica mais rigorosa, visando ponderar os argumentos entre as duas principais entidades de saúde que estudam a temática do câncer de próstata. Deve-se ter em mente ainda ações estabelecidas a partir da prevenção quaternária em saúde, de modo que, as intervenções médicas propostas sejam as mais benéficas possíveis. Só assim poderá ser oferecido ao paciente o melhor manejo desta doença, proporcionando-lhe qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal quantitativo que visa identificar a aplicabilidade do rastreamento do câncer de próstata na Atenção Primária em Saúde, de forma que se possa avaliar a adesão à triagem dessa neoplasia na assistência, além de ponderar os principais benefícios e malefícios desse rastreio, de acordo com a experiência prática dos profissionais médicos, levando em consideração aspectos fundamentais da prevenção quaternária em saúde.

Para isso, foi realizada busca por referências bibliográficas nas bases de dados do Pubmed, Lilacs e Google acadêmico, com os seguintes descritores: câncer de próstata, rastreamento de câncer de próstata, rastreio de câncer de próstata, PSA, toque retal, riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata, atenção primária e câncer de próstata, níveis de prevenção em saúde, prevenção quaternária, prevenção quaternária e câncer de próstata, bem como seus correlatos em inglês. Foram priorizados os trabalhos mais atualizados e recentes sobre o tema, publicados nos anos de 2015 - 2020, sendo excluídos aqueles artigos que não apresentavam como enfoque o rastreamento de câncer de próstata e suas ferramentas diagnósticas ou que não continham informações sobre os níveis de prevenção em saúde. Além disso, artigos científicos produzidos antes de 2010 também foram excluídos.

Como instrumento de pesquisa, será utilizado um questionário, cujo objetivo será identificar a forma como o rastreamento do CA de próstata está sendo feito na Atenção

Básica em Saúde, ou seja, se a preferência dos profissionais é pela adoção das recomendações da Sociedade Brasileira de Urologia, a favor da triagem, ou do Ministério da Saúde, que não recomenda esse rastreamento. Críticas e considerações acerca das políticas empregadas também serão avaliadas. Além disso, a experiência prática do profissional quanto aos desfechos dos pacientes que foram submetidos ao rastreamento também será analisada.

O questionário será embasado em um instrumento pré-existente, semiestruturado e validado pelo estudo da Tucunduva 12, adaptado para a realidade do DF, composto por perguntas abertas e fechadas, separadas em três partes: 1a) refere-se aos dados pessoais do médico, como idade, sexo, tempo de graduação e especialização médica; 2a) composta por questões que abordam o conhecimento e a prática dos profissionais sobre o rastreamento do CA de próstata; 3a) indaga aos profissionais sobre os principais fatores que estes julgam como empecilho para o efetivo rastreamento.

O questionário foi enviado por meios digitais para os profissionais incluídos na pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos na pesquisa médicos generalistas ou especialistas em Medicina de Família e Comunidade que sejam preceptores do curso de Medicina do CEUB e atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são conveniadas com essa instituição. Dessa forma, totalizam-se sete unidades de saúde localizadas em diferentes pontos do Distrito Federal (UBS 01 e 02 de Santa Maria, UBS 09 de Planaltina, UBS 01 da Asa Norte e UBS 01 do Lago Norte). Além disso, esses profissionais devem ter ciência e estar de acordo com o TCLE, que será anexado ao email enviado, juntamente com o questionário. Serão excluídos da pesquisa outros profissionais de saúde não médicos, aqueles que não estiverem de acordo com o TCLE ou com a realização da pesquisa ou que não fizerem correto preenchimento das informações solicitadas nos questionários.

Os dados dos questionários foram revisados e codificados manualmente e, em seguida, digitalizados, através do programa Windows Excel 2013. Por se tratar de um estudo quantitativo transversal, a medida de frequência utilizada será a prevalência das variáveis da pesquisa, ou seja, da utilização do toque retal e PSA como instrumentos de triagem do CA de próstata. Além disso, para as variáveis discretas foi aplicado o teste do qui-quadrado e para comparação das médias das variáveis contínuas será usado o teste paramétrico t de Student. Foi considerado o nível de significância $p \leq 0,05$.

Os riscos envolvidos na realização dessa pesquisa são mínimos, envolvendo principalmente o constrangimento dos participantes durante a aplicação dos

questionários. Em contrapartida, a pesquisa pode trazer benefícios no sentido de ilustrar, de forma prática, a experiência dos profissionais médicos quanto ao rastreamento do câncer de próstata, englobando seus riscos, benefícios e desfechos terapêuticos.

5 RESULTADOS

Após aplicação do questionário à população alvo da pesquisa, foi encontrada uma amostra total de 12 profissionais, entre a faixa etária de 27 a 52 anos, sendo a média de idade em torno de 40,8 anos. A proporção entre sexo masculino e feminino foi equilibrada, tendo 50% da amostra ambos sexos.

A maior parte dos participantes (75%) são graduados em medicina há mais de 10 anos, sendo que o profissional mais jovem de carreira se formou no ano de 2017. Com relação à presença de especialização médica, observou-se que todos os profissionais pesquisados possuem uma subespecialidade. Dentre eles, metade (50%) fez residência em Medicina de Família e Comunidade e os outros eram formados em outras áreas como: Medicina Interna e Geriatria (8,3%), Pneumologia (8,3%), Pediatria (8,3%) e Ginecologia e Obstetrícia (8,3%), Medicina de Tráfego (8,3%) e Medicina do Trabalho (8,3%), apesar de atuarem como médicos de família nas Unidades Básicas de Saúde.

Dentro da amostra observada, 08 profissionais (66,7%) afirmaram que realizam o rastreio do CA de próstata dentro da sua prática médica. Diante do posicionamento favorável a práticas de prevenção secundária da neoplasia prostática, o PSA é utilizado por 87,5% dos médicos como instrumento de rastreamento. Além disso, a anamnese e o exame físico (75%) e USG de próstata (25%) também foram citados como ferramentas utilizadas para a detecção precoce do câncer de próstata.

Somente 04 profissionais (33,3%) afirmaram que não indicavam o rastreio do CA de próstata na prática clínica. Uma das justificativas para tal fato foi excluída da pesquisa devido a preenchimento incorreto do formulário. Os outros pesquisados que são contrários ao rastreamento apresentaram basicamente a mesma argumentação. Desta forma, três entrevistados apresentaram as seguintes justificativas para o não rastreamento: “Falta de evidência científica para a melhoria da qualidade de vida e longevidade”; “Mais evidências de malefícios que benefícios no rastreamento”; “Exames pouco sensíveis”.

Com relação à idade de introdução do rastreamento, 16,6% assinalou o início dessa prática a partir de 40 anos, 50% indicou o início acima de 50 anos em população de risco habitual e 8,3% afirmou que o rastreamento devia começar a partir de 45 anos. A idade considerada ideal para o término da utilização de métodos de triagem para

identificação de CA de próstata também foi controversa entre os profissionais que indicavam o rastreio, sendo que 8,3% indicava o fim do rastreamento aos 70 anos, 33,3% aos 75 anos e 41,6% afirmou que não existia idade definida para tal.

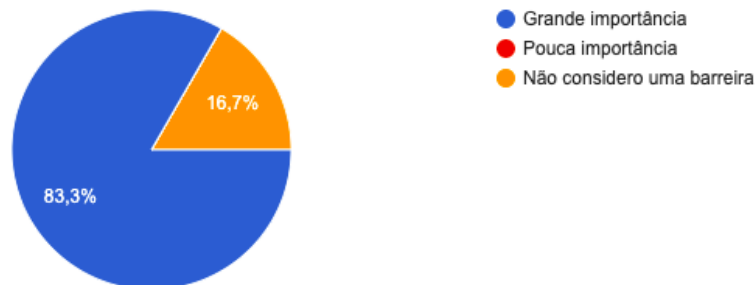
Entre os profissionais que indicavam o rastreio da neoplasia prostática, houve um consenso relativo à frequência de aplicação de métodos de triagem para esse tipo de câncer. Todos os médicos que eram a favor, indicavam a utilização periódica anual de ferramentas diagnósticas para detecção precoce dessa condição.

Além de dados práticos com relação à prevenção secundária do CA de próstata, foram pesquisados alguns fatores que poderiam ser considerados obstáculos ao rastreio dessa neoplasia na população geral. 83,3% do total da amostra considerou como uma barreira de grande importância ao rastreamento a falta de agentes educadores em saúde que orientem a população a procurar um médico. Já 16,7% dos profissionais não consideram esse um fator que influencie na detecção precoce dessa neoplasia.

IMAGEM 1: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de agentes de saúde

Falta de agentes educadores em saúde para a população como um todo (agentes de saúde, enfermeiros e outros), que a oriente a procurar o médico;

12 respostas



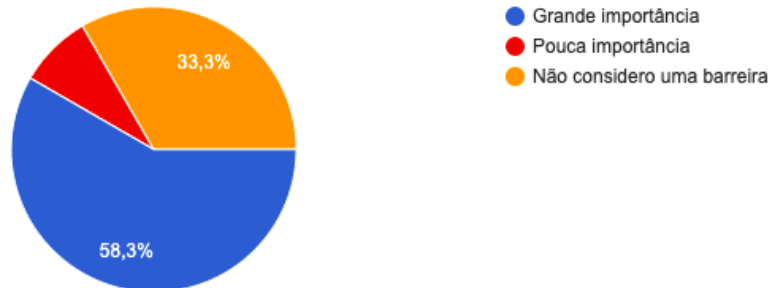
NERES, 2021

Além disso, a falta de tempo do médico para realizar a prevenção secundária do câncer de próstata durante as consultas foi considerado um obstáculo de grande importância para 7 profissionais (58,3%), mas não foram considerados como uma barreira para 4 deles (33,3%).

IMAGEM 2: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de tempo do médico

Falta de tempo do médico para realizar a prevenção secundária do câncer durante as consultas;

12 respostas



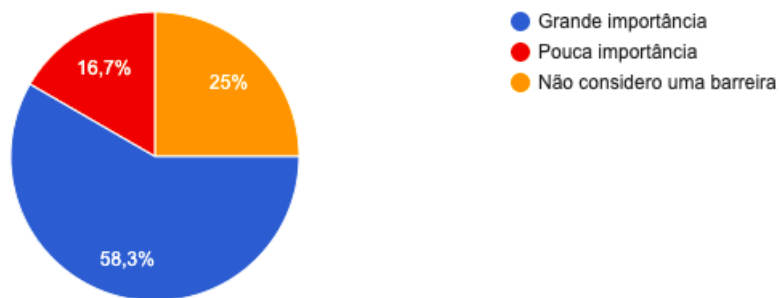
NERES, 2021

O fato de o tempo interconsultas do mesmo paciente ser espaçado foi considerado um fator de grande importância para o seguimento adequado e consequente rastreio periódico desse paciente por 58,3% dos profissionais. 16,7% consideram esse um aspecto de pouca importância e 25% dos médicos não consideram uma barreira significativa.

IMAGEM 3: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: interconsultas espaçadas

O tempo entre uma consulta e a próxima, do mesmo paciente, é espaçado, dificultando um seguimento adequado;

12 respostas



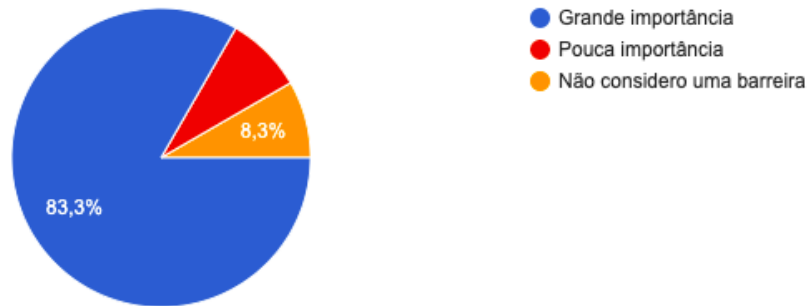
NERES, 2021^[1]

A grande maioria dos médicos (83,3%) considera a falta de interesse do paciente como obstáculo de grande relevância para o não rastreio adequado do CA de próstata na 17 população geral. 8,3% dos profissionais não acredita que esse fator tenha grande importância na prática clínica voltada ao rastreamento e 8,3% não julga que esse aspecto como relevante.

IMAGEM 4: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de interesse do paciente

Falta de interesse do paciente;

12 respostas

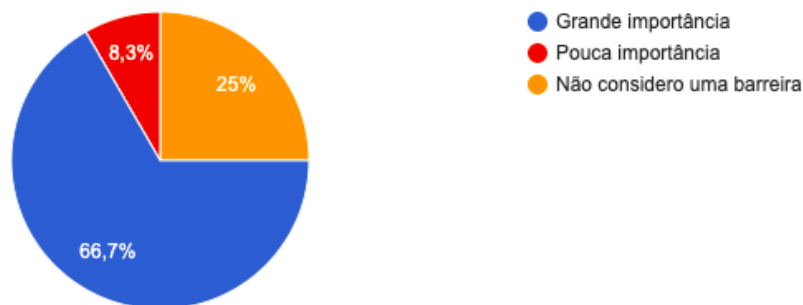


NERES, 2021

Houve discordância entre os profissionais quanto a existência de verba suficiente para custear os exames de rastreio do CA de próstata. Do total, 08 médicos (66,6%) acreditam que exista uma escassez de verba que tem um impacto expressivo no rastreamento correto dessa neoplasia, enquanto que 01 (8,3%) afirma ser de pouca importância e 03 profissionais (25%) julgam que esse não é um obstáculo para prevenção secundária dessa condição.

IMAGEM 5: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: escassez de verba
Falta de verba para custear os exames de prevenção;

12 respostas



NERES, 2021

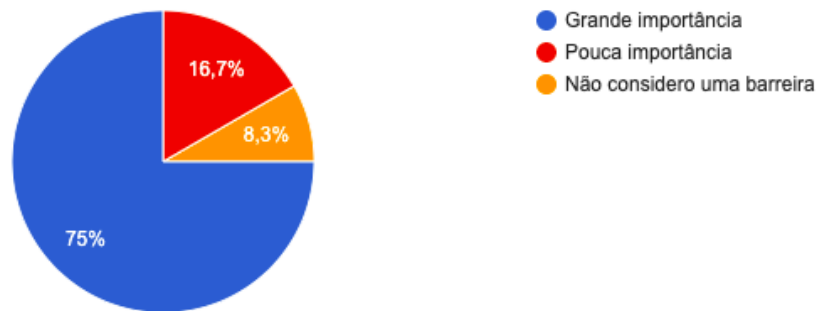
Outro fator que foi levado em consideração para a dificuldade do rastreio do CA de próstata na Atenção Primária diz respeito à falta de consenso na literatura quanto às recomendações específicas para detecção precoce dessa neoplasia. 75% dos profissionais consideram que a divergência de informações entre o recomendado pelo Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Urologia tem grande impacto na falta de rastreio desse

câncer, 16,7% consideram esse fator como de pouca relevância e 8,3% não consideram uma barreira.

IMAGEM 6: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de consenso na literatura

As recomendações para se fazer rastreamento destas doenças não são muito claras;

12 respostas



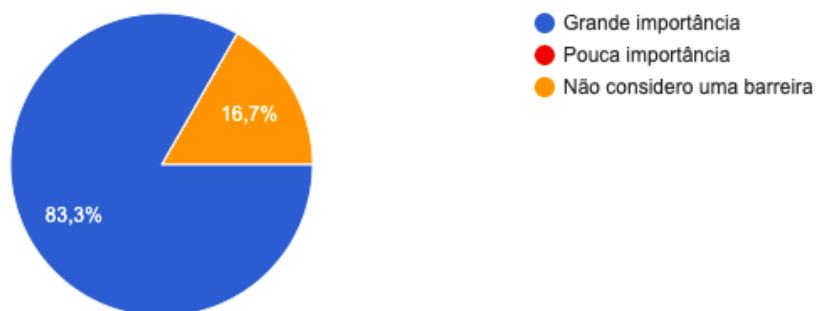
NERES, 2021

Além disso, 83,3% dos profissionais consideram que a falta de conhecimento e/ou treinamento inadequado dos médicos para realizar a detecção precoce do câncer de próstata seja um aspecto de grande importância para o rastreio deficitário dessa condição e 16,7% não consideram esse como um fator relevante.

IMAGEM 7: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de conhecimento e/ou treinamento inadequado dos médicos

Os médicos têm pouco conhecimento e/ou treinamento inadequado para fazer este tipo de prevenção.

12 respostas



NERES, 2021

6 DISCUSSÃO

Diante das divergências na literatura sobre as recomendações do rastreamento do CA de próstata, as discordâncias entre os profissionais entrevistados com relação a este

assunto já era previsto. Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), de forma geral, a decisão sobre realização do rastreamento deve ser individualizada, sendo considerada, por meio do toque retal e dosagem de PSA, em homens a partir dos 50 ou 45 anos se houver fator de risco para esta patologia 9. Já o Ministério da Saúde (MS) não recomenda a prática de rastreamento do CA de próstata 6.

Dentre os profissionais pesquisados, observou-se que a maioria dos médicos (66,7%) costuma realizar o rastreamento para o CA de próstata. Tal fato é congruente com o estudo de Colão (2015), o qual expôs que apenas 12,5% dos participantes não solicitaram o PSA como método de rastreio. As justificativas dadas pelos entrevistados para a não realização do rastreio no trabalho de Colão se concordaram com as do nosso estudo, sendo citado preocupação com o risco ser maior que o benefício 19.

A tendência de seguir a linha da SBU pode ser explicada pelo fato de que o último consenso publicado pelo Ministério da Saúde sobre este assunto foi no ano de 2002 20. Por outro lado, o posicionamento da Sociedade Brasileira de Urologia é embasado em estudos mais recentes, os quais demonstraram que a prática de rastreamento resulta na diminuição da taxa de mortalidade de 25% a 31% por CA de próstata 21.

Além disso, em um grande Ensaio Randomizado Europeu sobre o estudo do rastreamento do Câncer de próstata (2015), no qual foram avaliados homens de oito países europeus entre 55-69 anos, demonstrou que a redução da mortalidade por essa neoplasia em homens rastreados, comparados aos não rastreados, foi de 27%. Ou seja, uma morte evitada para cada 27 cânceres de próstata detectados. Porém, apesar destes achados, o estudo recomenda considerar os possíveis danos causados pela prática de rastreio antes de introduzi-lo à população 22.

No que diz respeito àqueles que não são adeptos ao rastreamento (33,3%), um fato observado é que todos estes têm o título de especialidade de Medicina da Família. Neste caso, eles estariam de acordo com os posicionamentos da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC). Eles defendem que existem importantes evidências científicas de que o rastreamento do câncer de próstata muda muito pouco a mortalidade específica e que este pequeno benefício não compensa os potenciais malefícios, como infecção, sangramentos, retenção urinária e impactos psicológicos 23.

Em outras palavras, a SBMFC, o MS e o INCA procuram praticar a prevenção quaternária, evitando o sobrediagnóstico e o sobretratamento. Eles argumentam que a detecção precoce não gera grandes impactos na mortalidade pois tais exames não auxiliam na diferenciação de um câncer grave daqueles indolentes, com prognóstico

favorável. Desse modo, o paciente seria submetido a procedimentos e estresses desnecessários. Por isso, essas entidades recomendam que o PSA e o toque retal sejam solicitados em situações que o paciente refira sintomas, como noctúria, jato urinário fraco, gotejamento pós-miccional, atuando como instrumentos diagnósticos e não de rastreio propriamente dito 15.

Com relação aos instrumentos utilizados para detecção precoce do CA de próstata, 87,5% daqueles a favor do rastreamento relataram solicitar o PSA como ferramenta de rastreio. Contudo, uma metanálise publicada por Ilic D et al (2018) concluiu que o rastreamento com o PSA leva a uma limitada redução da mortalidade específica por doença, mas não atinge a mortalidade geral. Desta forma, foi evidenciada a importância dos profissionais de saúde considerarem os danos e complicações que este exame pode causar antes de solicitar este exame para algum paciente 14.

Referindo-se a idade de início do rastreamento, 16,6% dos entrevistados dizem iniciar o rastreamento a partir de 40 anos. Contudo, de acordo com Catalona WJ (2019), não existem evidências suficientes para recomendar a favor ou contra a realização da triagem em pacientes nesta faixa etária. Porém, o autor recomenda que aqueles pacientes que solicitarem a realização do rastreamento com PSA sejam encorajados, uma vez que a dosagem de PSA na faixa dos quarenta anos é uma boa forma de avaliar o risco de um possível CaP de alta mortalidade 5.

Com relação à periodicidade de rastreio populacional da neoplasia prostática, entre os médicos que eram a favor do rastreamento houve um consenso, indicando que 100% deles concordam que as ferramentas de detecção precoce do CA de próstata devem ser aplicadas anualmente. Isso vai de encontro com as recomendações do Nogueira-Rodrigues (2019). Entretanto, levando em consideração o PSA como método de rastreamento, a American Cancer Society (ACS) recomenda o rastreamento anual dessa condição caso os níveis de PSA estejam acima de 2,5 ng-mL e a cada dois anos se valores abaixo desse 16.

Foram avaliados também alguns fatores que poderiam ser considerados obstáculos para o rastreamento universal do CA de próstata na Atenção Primária em Saúde. A grande maioria dos profissionais (83,3%) considera que existe uma deficiência de agentes educadores em saúde que realizem a orientação da população quanto à procura por profissionais para avaliação de condições prostáticas. Dentro do contexto da Atenção Primária, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam um papel muito importante de difusão de informação sobre os principais serviços disponíveis na rede assistencial e

no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde 17.

Entretanto, em estudo realizado com 66 ACSs de Belém do Pará sobre conhecimentos prévios sobre os principais tipos de neoplasias manejados na Atenção Primária, observou-se que existia uma deficiência de conhecimento quanto aos níveis de organização da atenção oncológica e quanto aos principais sinais e sintomas presentes no CA de próstata 17. Além disso, no estudo de Gomes et al, realizado com 92 trabalhadores de uma universidade, constatou-se que a principal fonte de informação sobre a neoplasia prostática era a televisão ou o rádio e em menor porcentagem profissionais de saúde não médicos 18.

De acordo com 58,3% dos profissionais pesquisados, a falta de seguimento periódico dos pacientes é um fator que contribui para o rastreamento ineficiente do CA de próstata na Atenção Primária. Segundo eles, existe um tempo muito espaçado entre a primeira consulta e o retorno de acompanhamento dos usuários, inviabilizando o rastreamento anual dessa condição. No entanto, no estudo de Paiva et al foi demonstrado que 54,4% da amostra já havia realizado o rastreamento, mas com uma frequência inadequada de testagem nos últimos doze meses, refletindo na realidade várias oportunidades perdidas de prevenção secundária²².

Quando questionados, 83,3% dos profissionais consideram a falta de interesse dos pacientes uma barreira para o rastreamento adequado. Tal fato pode ser visto no trabalho de Paiva et al (2011). Neste estudo, foi observado que, apesar de 95% dos entrevistados acreditarem que o CA pode ser curado se detectado precocemente, 44,4% nunca realizou o exame de toque retal e 45% em nenhum momento realizou o PSA. As justificativas exibidas pelos entrevistados para nunca terem realizado o rastreamento foram, respectivamente: “Médico nunca solicitou”, “Tem medo de fazer”, “Prefere não saber que tem câncer”, “Nunca apresentou sintomas” e “Nunca considerou importante” 19.

Já com relação aos custos despendidos para os exames de detecção precoce da neoplasia prostática, 66,7% dos pesquisados acredita que a falta de financiamento dos métodos diagnósticos é um grande obstáculo para o rastreamento eficaz, enquanto 25% dos profissionais não consideram isso como uma barreira. Esses dados são mais conflitantes do que os encontrados por Tucunduva et al, que identificou que 70,15% dos médicos acreditam que a falta de verba é um fator de suma importância para a prevenção inadequada do CA de próstata na Atenção Primária 8.

As divergências na literatura sobre as indicações do rastreamento do CA de próstata foi considerado um problema para a maioria dos participantes desta pesquisa (75%). No estudo de Colão, ficou evidenciado que os médicos, apesar de conhecerem as recomendações do MS e SBU, geralmente solicitam o rastreamento se embasando em experiências pessoais e no receio de indisposição frente ao pedido do paciente. Este fato, porém, gera custos para a saúde pública. Obedecer evidências científicas geralmente diminui gastos, pois elas costumam ser mais seletivas, além de não conter conflitos de interesse 15.

Por fim, 83,3% dos entrevistados acreditam que a deficiência do rastreamento adequado possa ser em decorrência da falta de conhecimento e/ou treinamento inadequado dos médicos. Agnol (2018) defende que médicos especialistas e generalistas apresentam opiniões diferentes e, muitas vezes, essa diferença pode ser equivocada como uma “superioridade”. A formação do especialista é dada majoritariamente em ambiente hospitalar, onde se vivencia predominantemente com casos de doenças e é possível a visualização de “diagnósticos inesperados”. Porém quando se trata de atenção básica, onde se promove saúde, em vez de apenas tratar doenças, os valores preditivos positivos são menores para os testes diagnósticos aplicados na população, tendo maiores taxas de falsos positivos 13.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de revisão bibliográfica e coleta de dados da pesquisa foi possível inferir que a falta de consenso entre as recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Urologia quanto ao rastreamento de Câncer de Próstata dificultam a aplicabilidade dessa prática na Atenção Primária. Dessa forma, ainda há divergências quanto às condutas médicas relacionadas ao rastreio dessa condição, mesmo em médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade.

Além da falta de evidências científicas definitivas quanto ao rastreamento, outras dificuldades estruturais são enfrentadas quando se trata do diagnóstico precoce do CA de próstata. A falta de agentes educadores em saúde, de classe não médica, para informar e orientar a população quanto a essa condição foi colocada como uma das principais dificuldades na Atenção Primária em Saúde (APS). Essa, aliada com seguimento em periodicidade inadequada dos pacientes, falta de interesse do paciente no rastreamento e falta de verba para custeio de exames foram apontados como as principais barreiras enfrentadas pelos profissionais médicos na APS.

Dessa forma, entende-se que para que o cuidado em saúde seja centrado na pessoa, é necessário que os profissionais da saúde apliquem a sua prática médica o conceito de Prevenção Quaternária. Com base nesse conceito, o sobrediagnóstico e sobretratamento é evitado, com o objetivo de promover melhor qualidade de vida do paciente. Além disso, a comunicação com o usuário da rede de saúde, de modo a informar os riscos e benefícios do rastreamento do CA de próstata, permite que seja tomada uma conduta compartilhada. Desta forma, o indivíduo tem a possibilidade de tomar para si a autonomia, preconizada nos cuidados ambulatoriais, podendo decidir, junto ao médico, se deseja ser submetido ao rastreio, tornando-se assim, agente ativo no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Lisa, et al . New recommendations in prostate cancer screening and treatment. JAAPA. 2014; 27:14–20. [L1][S1EP]
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>. Acesso em: 14 abr 2020. [L1][S1EP]
- DAMIÃO, Ronaldo et al. Câncer de próstata. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 14, 2015. [L1][S1EP]
- SPICKETT, Ingrid et al. Prostate cancer: the ongoing challenge. Primary Health Care. 2010; 20: 16-21. doi: 10.7748/phc2010.03.20.2.16.c7598 [L1][S1EP]
- PERDANA, Noor R. et al. The Risk Factors of Prostate Cancer and Its Prevention: A Literature Review. Acta Medica Indonesiana - The Indonesian Journal of Internal Medicine. Vol 48, No 3. Julho, 2016. [L1][S1EP]
- SÉRIE, A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 29. 2010. [L1][S1EP]
- SADI, Marcus V. PSA screening for prostate cancer. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 63, n. 8, p. 722-725, 2017. [L1][S1EP]
- STEFFEN, Ricardo Ewbank et al . Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. Physis, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, e280209, 2018 [L1][S1EP]
- Sociedade Brasileira de Urologia. Diretrizes Guia de Bolso: Uma Referência Rápida para os Urologistas. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://portaldaurologia.org.br/medicos/wpcontent/uploads/2017/08/guideline_AUA_SBU-ilovepdf-compressed.pdf [L1][S1EP]
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer de próstata: documento de consenso.- Rio de Janeiro: INCA, 2002. [L1][S1EP]
- REEVES, Fairleigh A.; CORCORAN, Niall M. Advances in prostate cancer. Australian journal of general practice, v. 49, n. 4, p. 200, 2020 [L1][S1EP]
- STEFFEN, Ricardo Ewbank et al. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, p. e280209, 2018. [L1][S1EP]
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata. Boletim ano 5, no 2, maio/, agosto, 2014. [L1][S1EP]
- DUNN, Mary Weinstein et al. Prostate Cancer Screening. Seminars in Oncology Nursing, Vol 33, No2, 2017: pp 156-164 [L1][S1EP]
- BENTZEN N, editor. WONCA dictionary of general/ family practice. Copenhagen: WONCA [L1][S1EP]
- GUSSO, Gustavo et al; Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação [L1][S1EP] e prática. 2a edição. Porto Alegre: Artmed, 2019 [L1][S1EP]

JAMOULLE, Marc et al. Prevenção Quaternária e limites em medicina. Rev Bras Med Fam ^[L]_[SEP]Comunidade. Rio de Janeiro, 2014 Abr-Jun; 9(31):186-19 ^[L]_[SEP]

BRITO, André Luiz Ferreira. Aumento da adesão ao rastreamento do câncer de próstata: ^[L]_[SEP]projeto de intervenção na área de abrangência da equipe de Saúde da Família ^[L]_[SEP]Providência, Pará de Minas-MG. 2016. ^[L]_[SEP]^[L]_[SEP]

ROTA Matteo, et al. Alcohol consumption and prostate cancer risk:a meta-analysis of the ^[L]_[SEP]dose– risk relation. Euro J Cancer Prevent. 2011;10:1-7. ^[L]_[SEP]

ARAB, Lenore et al. Adherence to world cancer research fund American Institute for ^[L]_[SEP]Cancer Research Lifestyle Recommendations Reduces Prostate Cancer Aggressiveness ^[L]_[SEP]Among African and Caucasian Americans. Nutr Cancer. 2013;65:633-43. ^[L]_[SEP]

SCHULTZ, Christopher et al. Nutrition, dietary supplements and adenocarcinoma of the ^[L]_[SEP]prostate Maturitas. 2011;70:339–42. ^[L]_[SEP]

VIEIRA, Camila Guimarães; ARAÚJO, W. de S.; VARGAS, DRM de. O homem e o ^[L]_[SEP]câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. Revista científica do ITPAC, ^[L]_[SEP]V. 5, n. 1, p. 1-9, 2012. ^[L]_[SEP]

GONÇALVES, Eduardo Paz et al. Rastreamento do câncer de próstata e o papel das ^[L]_[SEP]campanhas de conscientização. Acta méd.(Porto Alegre), p. 515-524, 2018. ^[L]_[SEP]