

O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PETROLINA-PE E JUAZEIRO-BA

IVAN MARTINS GALVÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (MINTER) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF), para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Oncologia

Orientador: Dr. Almir Galvão Vieira Bitencourt

Co-Orientador: Dr. Alfredo José Muniz de Andrade

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Galvão, Ivan Martins

O rastreamento do câncer de próstata na rede de atenção primária à saúde de Petrolina-PE e Juazeiro-BA / Ivan Martins Galvão - São Paulo; 2017.

47p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente em Parceria com Universidade Federal do Vale do São Francisco

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Almir Galvão Vieira Bitencourt

Descritores: 1. Neoplasias da Próstata/Prostatic Neoplasms 2. Programas de Rastreamento/Mass Screening. 3. Atenção Primária à Saúde/Primary Health Care.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Damião Martins Vieira, que, como todo sertanejo é, antes de tudo, um forte! (alusão à obra “Os Sertões”, de Euclides da Cunha).

À minha mãe, Maria Antônia Galvão Vieira, que se pôs no mundo com muita força, muita raça e nunca perdeu a estranha mania de ter fé na vida (alusão à canção “Maria Maria”, de Milton Nascimento e Fernando Brant).

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, o Dr. Almir Galvão Vieira Bitencourt, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos e pela confiança depositada em meu trabalho.

Ao meu Co-orientador, o Dr. Alfredo José Muniz de Andrade, pelo incentivo e apoio em todas as etapas deste estudo.

Ao Dr. Fernando Augusto Soares, pela dedicação à ciência e estímulo à formação de novos pesquisadores.

À Comissão de Pós-Graduação do A.C. Camargo Cancer Center, na pessoa da Sra. Ana Maria Rodrigues Alves Kuninari, pelo suporte e presteza dispensados em todas as etapas do mestrado.

À Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, pela parceria firmada com a Fundação Antônio Prudente, que possibilitou a concretização deste mestrado.

Aos médicos entrevistados neste estudo, pela gentileza e disponibilidade em participar da pesquisa.

Aos familiares e aos amigos verdadeiros, pelo apoio e incentivo constantes.

RESUMO

Galvão IM. **O rastreamento do câncer de próstata na rede de atenção primária à saúde de Petrolina-PE e Juazeiro-BA.** São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente em Parceria com Universidade Federal do Vale do São Francisco]

Nos últimos anos, diversas organizações médicas de referência no estudo do câncer, como a American Cancer Society (ACS), a American Urological Association (AUA), a European Association of Urology (EAU), o National Cancer Institute (NCI), dos EUA, e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, publicaram diretrizes sobre o rastreamento do câncer de próstata, alertando que essa prática pode acarretar mais prejuízos que benefícios à saúde dos homens. O objetivo primário deste trabalho foi avaliar a prática do rastreamento do câncer de próstata na rede de atenção primária à saúde de Petrolina-PE e Juazeiro-BA. Foram avaliadas as respostas de questionários autoaplicáveis de 90 médicos da rede de atenção primária à saúde das duas cidades, contendo dados relativos às características dos entrevistados, bem como às práticas adotadas no rastreamento do câncer de próstata. Dos médicos entrevistados, 57,8% solicitavam exames de rastreamento do câncer de próstata rotineiramente, 72,2% não sabiam quais são as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata, e apenas 25,6% foram capazes de identificar todos os potenciais riscos relacionados a essa prática, apresentados no questionário. Quanto à titulação acadêmica, 21,1% dos médicos declararam possuir especialização em medicina de família e comunidade, e estes demonstraram conhecer mais as recomendações atuais do INCA, acerca do rastreamento do câncer de próstata, quando comparados aos médicos que não possuíam essa especialização ($P < 0,001$), os quais ofereciam os exames de rastreamento mais rotineiramente aos seus pacientes ($P < 0,001$). Concluiu-se que a prática do rastreamento do câncer de próstata na rede de atenção primária à saúde das cidades pesquisadas não estava em conformidade com as recomendações atuais do INCA.

SUMMARY

Galvão IM. **[The prostate cancer screening in the primary health care services of Petrolina-PE and Juazeiro-BA]**. São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente em Parceria com Universidade Federal do Vale do São Francisco]

Recently, important medical organizations that are dedicated to the cancer study, such as American Cancer Society (ACS), American Urological Association (AUA), European Association of Urology (EAU), National Cancer Institute (NCI), including the Brazilian National Cancer Institute (INCA), have published guidelines about the prostate cancer screening, warning that this practice may cause more harm than benefits to men's health. The primary objective of this study was to evaluate the practice of prostate cancer screening in primary health care services of Petrolina-PE and Juazeiro-BA. We have evaluated the responses of a self-administered questionnaire from 90 physicians who work in primary health care services in that two cities, containing information about the interviewed, as well as their prostate cancer screening practices. 57.8% of the interviewed physicians routinely offer prostate cancer screening tests to their patients, 72.2% do not know INCA's current recommendations about prostate cancer screening, and only 25.6% were able to recognize all potential risks related to this practice presented on the questionnaire. Regarding academic qualifications, 21.1% of the interviewed physicians have declared to have specialization on family medicine, and they have demonstrated a better understanding of INCA's current recommendations for prostate cancer screening when compared to physicians who are not family doctors ($P < 0.001$) and these ones offer prostate cancer screening more routinely to their patients ($P < 0.001$). We have concluded that prostate cancer screening in primary health care services in the cities surveyed is not in compliance with current INCA's recommendations.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Auto-avaliação do conhecimento acerca dos potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata..... 15
- Figura 2** Frequência com que os riscos e benefícios associados ao rastreamento do câncer de próstata são discutidos com os pacientes que demonstram interesse em realizar os exames... 16

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Circunstâncias em que os exames de rastreamento do câncer de próstata são oferecidos.....	14
Tabela 2	Exames oferecidos quando se decide pela realização do rastreamento do câncer de próstata.....	14
Tabela 3	Relação entre possuir especialização em medicina de família e comunidade e oferecer os exames de rastreamento do câncer de próstata rotineiramente.....	14
Tabela 4	Relação entre oferecer rastreamento para o câncer de próstata rotineiramente e discutir os riscos e benefícios associados a essa prática.....	17
Tabela 5	Relação entre se considerar conhecedor dos riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata e discuti-los com os pacientes que demonstram interesse em realizar os exames.....	18
Tabela 6	Fatores que exercem influência na decisão por oferecer ou não exames de rastreamento do câncer de próstata.....	18
Tabela 7	Respostas dos médicos entrevistados quando interrogados sobre quais são as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata.....	19
Tabela 8	Relação entre possuir especialização em medicina de família e comunidade e ser conhecedor das recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata.....	20

Tabela 9	Relação entre discutir os riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata e conhecer as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento.....	21
Tabela 10	Relação entre se considerar conhecedor dos riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata e conhecer as recomendações do INCA acerca do rastreamento.....	22
Tabela 11	O que se entende como benefício esperado quando se decide pela realização do rastreamento do câncer de próstata.....	23
Tabela 12	Entrevistados que se consideraram conhecedores dos potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata e os identificaram todos no questionário.....	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAFP	American Academy of Family Physician
ACP	American College of Physician
ACS	American Cancer Society
AUA	American Urological Association
EAU	European Association of Urology
ERSPC	European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer
EUA	Estados Unidos da América
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NCI	National Cancer Institute
PCLO	Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial
PSA	Antígeno prostático específico
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
USPSTF	United States Preventive Services Task Force

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVO	8
2.1	Objetivo Geral.....	8
2.2	Objetivos Específicos	8
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	9
3.1	Desenho do Estudo	9
3.2	Elegibilidade	9
3.3	Critérios de Inclusão.....	9
3.4	Critérios de Exclusão.....	10
3.5	Aspectos Éticos	10
4	METODOLOGIA	11
5	RESULTADOS.....	13
5.1	Descrição da Amostra	13
5.2	Práticas de Rastreamento do Câncer de Próstata	13
5.3	Conhecimento dos Riscos e Benefícios do Rastreamento	15
5.4	Fatores que Influenciam o Rastreamento.....	18
5.5	Conhecimento das Recomendações do INCA	19
5.6	Benefícios Esperados do Rastreamento	22
5.7	Potenciais Riscos do Rastreamento	23
6	DISCUSSÃO	25
7	CONCLUSÃO	42
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

ANEXOS

Anexo 1 Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP

Anexo 2 Questionário

APÊNDICE

Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional, o câncer de próstata se tornou um importante problema de saúde pública nas últimas décadas. Para o ano de 2017, espera-se a ocorrência de 600.000 novos casos de câncer no Brasil, com o câncer de próstata respondendo por 61.200 casos, o que o torna o segundo tipo de câncer mais incidente na população, e o primeiro se não considerarmos os cânceres de pele não melanoma.¹⁹

Nos Estados Unidos, o câncer de próstata é a neoplasia não cutânea maligna mais frequente em homens, com incidência estimada de aproximadamente 161.360 novos casos em 2017, correspondendo a 19,29% de todos os cânceres diagnosticados naquela população. Destes, estima-se que cerca de 26.730 indivíduos morrerão em decorrência da doença naquele país.³⁴

A incidência do câncer de próstata varia muito entre diferentes regiões do mundo, atingindo graus de variação de até 25 vezes, com aproximadamente 75% dos casos diagnosticados ocorrendo em países desenvolvidos, notadamente Austrália, Nova Zelândia, países da Europa Ocidental e América do Norte. Essa grande diferença nas taxas de incidência, em parte, pode ser reflexo das práticas de rastreamento, através do antígeno prostático específico (PSA), com subsequentes biópsias realizadas^{40,10}, exames provavelmente de mais fácil acesso nos países desenvolvidos.

A mortalidade por câncer de próstata, no entanto, apresenta uma variação menor que a observada com as taxas de incidência entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento⁴⁰, indicando que, em decorrência da evolução natural do câncer de próstata, o aumento do diagnóstico da doença indolente, com o advento do rastreamento através do PSA, não se traduziu em redução da mortalidade. Esse exame foi introduzido na prática clínica na década de 1980 nos EUA, Canadá e Austrália⁵, levando a um aumento de 81% no diagnóstico do câncer de próstata, em relação ao diagnóstico antes estabelecido a partir do toque digital da próstata isolado⁹, com consequente aumento no diagnóstico do câncer indolente. Estima-se que 23 a 42% dos cânceres de próstata diagnosticados na Europa e nos EUA sejam tumores indolentes, diagnosticados através do PSA, o que caracteriza o sobrediagnóstico.^{14,16}

O câncer de próstata é descrito como exemplo por excelência do sobrediagnóstico, o que não anula a ocorrência de homens cujas vidas são salvas da morte precoce por esse câncer devido à prática do rastreamento. Entretanto, atualmente não temos ferramentas disponíveis para prever quais homens irão se beneficiar do rastreamento e quais serão tratados desnecessariamente, muitas vezes com consequências adversas graves à sua saúde.

Ao se diagnosticar todos os cânceres de próstata indolentes (*sobrediagnóstico*) muito mais homens são submetidos aos danos resultantes do próprio tratamento (*sobretratamento*) de cânceres que nunca evoluiriam clinicamente. Os resultados do *Prostate, Lung, Colorectal and*

Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO) demonstraram que, após 13 anos de seguimento, não houve evidências de redução da mortalidade nos homens que participaram de programas de rastreamento organizado em comparação com indivíduos do grupo controle. Por outro lado, foram encontradas evidências de malefícios associados ao sobrediagnóstico e ao sobretratamento, em particular nos homens mais velhos.⁴

Diversas organizações médicas, incluindo organizações de referência no estudo do câncer, publicaram recentemente diretrizes sobre o rastreamento do câncer de próstata, como a *American Cancer Society* (ACS), a *American Urological Association* (AUA), a *European Association of Urology* (EAU), o *National Cancer Institute* (NCI) dos EUA, o *American College of Physician* (ACP) e a *American Academy of Family Physician* (AAFP).

A ACS, em sua última publicação, de 2016, recomenda que a discussão sobre rastreamento seja oferecida a homens com risco padrão a partir dos 50 anos e expectativa de vida maior que 10 anos, e a homens de alto e muito alto risco a partir de 45 e 40 anos, respectivamente. Após a apresentação dos benefícios e riscos, cada indivíduo deve fazer sua escolha. A ACS não recomenda rastreamento sem o consentimento informado do paciente.³

Especialistas da AUA recomendam que homens com mais de 70 anos ou com expectativa de vida menor que 10 a 15 anos não sejam submetidos ao rastreamento do câncer de próstata.⁸

Em 2011, a EAU publicou nova diretriz clínica, afirmando que ainda

não existem evidências para a realização do rastreamento disseminado do câncer de próstata e contraindicando a oferta de rastreamento para homens com mais de 75 anos, recomendações essas mantidas na publicação atualizada em 2013.²⁶

O NCI afirma que as evidências atuais são insuficientes para determinar se o rastreamento com PSA e toque digital da próstata reduzem a mortalidade por câncer de próstata.²⁸

A ACP publicou em maio de 2013 o sumário das recomendações para o rastreamento do câncer de próstata, em que orienta os médicos a informarem aos homens com idade entre 50 e 69 anos sobre os limitados potenciais benefícios e os substanciais malefícios do rastreamento do câncer de próstata, e recomenda que não se ofereça o rastreamento para homens de risco padrão com menos de 50 ou mais de 69 anos, ou com expectativa de vida menor que 10 a 15 anos em média.³⁰

A AAFP, por sua vez, recomenda não oferecer o rastreamento com PSA ou toque digital da próstata rotineiramente, pois existem evidências convincentes de que o rastreamento com PSA acarreta o sobrediagnóstico. Muitos tumores descobertos pelo rastreamento populacional não causarão mal ao paciente, enquanto os riscos são grandes e significativos.¹

Em 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) se posicionou de forma contrária ao rastreamento do câncer de próstata, alertando que existem evidências científicas de boa qualidade de que a realização dos exames em homens sem sintomas de câncer oferece mais danos que benefícios. A SBMFC orienta que os

médicos devem fornecer todas as informações relevantes para que seus pacientes possam decidir de forma esclarecida sobre questões relacionadas à própria saúde.³⁵

A Sociedade Brasileira de Urologia publicou, em 2016, nota oficial em que recomenda que homens a partir de 50 anos devem procurar um profissional especializado para uma avaliação individualizada. A mesma nota orienta que homens da raça negra ou com histórico de câncer de próstata em parentes de primeiro grau devem iniciar essa avaliação aos 45 anos, e que o rastreamento deverá ser realizado após ampla discussão acerca dos riscos e potenciais benefícios.³⁷ No entanto, em campanha direcionada ao público leigo, essa ampla discussão não está presente, e a população é orientada que a partir dos 50 anos de idade todo homem deve ser submetido ao PSA e ao toque retal, uma vez ao ano, e que a idade de início deve ser reduzida para os 40 anos, se houver histórico de câncer de próstata na família.³⁶

Em sua prévia das recomendações para 2017, ainda sem data definida para a publicação da versão final, que atualiza as recomendações de 2012, A U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), dos EUA, orienta que a decisão sobre a realização do rastreamento do câncer de próstata deve ser individualizada, e que os médicos devem informar aos homens com idade entre 55 a 69 anos os potenciais riscos e benefícios associados à prática do rastreamento. A USPSTF recomenda que homens com idade igual ou superior a 70 anos não devem ser submetidos ao rastreamento.³⁹

Diante das evidências científicas produzidas nos últimos anos, as quais apontam que o rastreamento do câncer de próstata produz mais danos que benefícios à saúde dos homens, o INCA recomenda que não se organizem programas de rastreamento para o câncer de próstata, e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a essa prática.²²

No Brasil, portanto, seguindo as orientações mais recentes do INCA e em conformidade com diversas organizações médicas internacionais de referência no estudo do câncer, a organização de programas de rastreamento do câncer de próstata não está indicada, uma vez que ainda existe considerável incerteza sobre a existência de benefícios associados a essa prática e, por outro lado, evidências científicas de boa qualidade demonstram que essa intervenção produz danos importantes para a saúde dos homens.

A partir de resultados alterados no exame de PSA, muitos deles representando resultados falso-positivos, pode advir uma cascata de procedimentos com potencial de complicações, como infecções e sangramentos resultantes de biópsias, ansiedade e sofrimento psíquico associados ao sobrediagnóstico do câncer, além de danos resultantes do sobretratamento de cânceres que nunca evoluiriam clinicamente.⁶

Estima-se que, de cada 1.000 homens rastreados com o PSA por 10 anos, o número de homens com disfunção sexual erétil e incontinência urinária, por causa do tratamento, seria respectivamente 29 e 18, e o

número de mortes decorrentes do tratamento seria de 1 para cada 3.000 homens rastreados.²⁷ Muitos desses danos à saúde ocorrem em homens que, caso não tivessem sido submetidos ao rastreamento, nunca teriam qualquer problema relacionado ao câncer de próstata.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo teve por objetivo avaliar a prática do rastreamento do câncer de próstata na rede de atenção primária à saúde de Petrolina-PE e Juazeiro-BA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Avaliar o conhecimento dos médicos entrevistados acerca das recomendações atuais do INCA para o rastreamento do câncer de próstata no Brasil.
- 2 Avaliar o perfil dos médicos atuantes na rede de atenção primária à saúde das cidades pesquisadas, e se o mesmo influenciou na prática do rastreamento do câncer de próstata.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo, observacional, de corte transversal.

3.2 ELEGIBILIDADE

Foram considerados elegíveis todos os médicos que compunham as Equipes de Saúde da Família da rede de atenção primária à saúde dos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, com uma população adscrita estimada de mais de 500 mil habitantes.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Puderam participar da pesquisa os médicos atuantes na rede de atenção primária à saúde dos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA que aceitaram participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ficaram de fora da pesquisa os médicos que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco antes do início da coleta dos dados, com as devidas cartas de anuência dos gestores da saúde dos municípios envolvidos na pesquisa. A pesquisa não ofereceu grandes riscos aos participantes, porém foram previstos, como possíveis riscos mínimos, o tempo gasto e o aborrecimento em responder ao questionário, além do constrangimento, quando da recusa em participar da pesquisa.

Os médicos tiveram total liberdade para aceitarem ou não participar da pesquisa, sem que a recusa em participar gerasse quaisquer prejuízos, e isso foi enfatizado quando do convite para a participação. Os que aceitaram participar da pesquisa somente foram incluídos após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A privacidade, o sigilo e a confidencialidade dos dados dos entrevistados foram e continuarão sendo preservados, e os pesquisadores se comprometem a mantê-los em sigilo ao publicar os resultados da pesquisa.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento dos médicos que compunham as Equipes de Saúde da Família da rede de atenção primária à saúde dos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, após sucessivas reuniões com os gestores das secretarias de saúde dos referidos municípios. A população elegível para participar da pesquisa foi de 122 médicos, dos quais 22 não quiseram responder ao questionário e 10 não puderam ser contatados, por dificuldade de acesso geográfico, no caso dos médicos que trabalhavam em Unidades de Saúde da Família situadas na zona rural, em áreas muito distantes da sede dos municípios pesquisados, ou por estarem afastados do trabalho por questões de ordem médica ou outras de foro pessoal.

O contato com os médicos elegíveis foi realizado pelo próprio pesquisador e ocorreu diretamente em seus postos de trabalho, em Unidades de Saúde da Família situadas tanto nas sedes quanto na zona rural dos municípios participantes da pesquisa, entre os meses de julho e novembro de 2016, após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Os médicos que não manifestaram de imediato sua indisponibilidade para participar do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos do mesmo, que sua identidade e a confidencialidade das informações seriam preservadas, que poderiam utilizar o tempo que julgassem necessário para que as informações prestadas fossem as mais fidedignas possíveis, e que a

participação no estudo seria voluntária, com a recusa em responder ao questionário sendo perfeitamente compreendida, sem lhes gerar quaisquer prejuízos. Aqueles que, após os devidos esclarecimentos, concordaram em participar da pesquisa, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, responderam a um questionário autoaplicável, contendo dados relativos às características do entrevistado, bem como às práticas adotadas frente ao rastreamento do câncer de próstata.

Após o preenchimento e a devolução do questionário, foi realizada uma discussão breve acerca do tema abordado na pesquisa e entregue aos médicos entrevistados um material informativo do INCA, contendo as recomendações atuais acerca do rastreamento do câncer de próstata.

Todos os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados para análise estatística através do programa SPSS versão 12.0. A análise descritiva consistiu no cálculo das frequências simples e relativas das variáveis estudadas. Para análise estatística foi realizado o estudo das variáveis categóricas e foi utilizado o Teste do Qui-quadrado de Pearson, com correção de Yates, para avaliação da significância estatística ou Teste Exato de Fisher. Para comparação de variáveis escalares entre dois grupos, foi utilizado o teste t de Student (ou não paramétrico de Mann-Whitney, conforme indicação). Foram considerados estatisticamente significantes os resultados que tiveram probabilidade de erro tipo I menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$).

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

O estudo envolveu 90 médicos, sendo 44 do sexo feminino e 46 do sexo masculino, que, cumprindo os critérios de inclusão, aceitaram participar da pesquisa e tiveram seus questionários validados. A média de idade dos entrevistados foi de 34,7 anos (desvio-padrão de 10,6 anos), variando de 24 a 70 anos. O tempo médio de formado foi de 8 anos (desvio-padrão de 9,8 anos), variando de 0 a 43 anos. Quanto à titulação acadêmica, 21,1% dos entrevistados declararam ter especialização em medicina de família e comunidade.

5.2 PRÁTICAS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Quando interrogados sob que circunstâncias ofereciam os exames de rastreamento do câncer de próstata aos seus pacientes, 57,8% dos médicos entrevistados declararam oferecer os exames rotineiramente (Tabela 1), sendo o PSA e o toque digital da próstata, em conjunto, os exames de rastreamento do câncer de próstata mais oferecidos, superando o PSA isoladamente (Tabela 2).

Tabela 1 - Circunstâncias em que os exames de rastreamento do câncer de próstata são oferecidos.

	N	%
Rotineiramente	52	57,8
Apenas em ocasiões especiais, quando julgo oportuno	28	31,1
Quando os pacientes demonstram interesse em realizar os exames	10	11,1

Tabela 2 - Exames oferecidos quando se decide pela realização do rastreamento do câncer de próstata.

	N	%
PSA e toque digital da próstata	46	51,1
PSA apenas	34	37,8
Toque digital da próstata apenas	4	4,4
Outros	6	6,7

A parcela dos médicos que não possuía especialização em medicina de família e comunidade e oferecia os exames de rastreamento do câncer de próstata rotineiramente aos seus pacientes foi maior quando comparada aos médicos que possuíam essa especialização (69% vs 15,8%; $P < 0,001$; Tabela 3).

Tabela 3 - Relação entre possuir especialização em medicina de família e comunidade e oferecer os exames de rastreamento do câncer de próstata rotineiramente. $P < 0,001$

Possui especialização em medicina de família e comunidade?	Indica exames de rastreamento rotineiramente?		Total
	Sim	Não	
Sim	3 (15,8%)	16 (84,2%)	19
Não	49 (69%)	22 (31%)	71
Total	52 (57,8%)	38 (42,2%)	90

5.3 CONHECIMENTO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS DO RASTREAMENTO

A maioria dos médicos entrevistados (75,6%) se considerou conhecedora dos potenciais riscos e benefícios associados ao rastreamento do câncer de próstata, com apenas um médico tendo declarado não conhecer tais riscos e benefícios (Figura 1). Metade dos entrevistados declarou que sempre discute com os pacientes que demonstram interesse em realizar os exames de rastreamento os potenciais riscos e benefícios associados a essa prática (Figura 2).

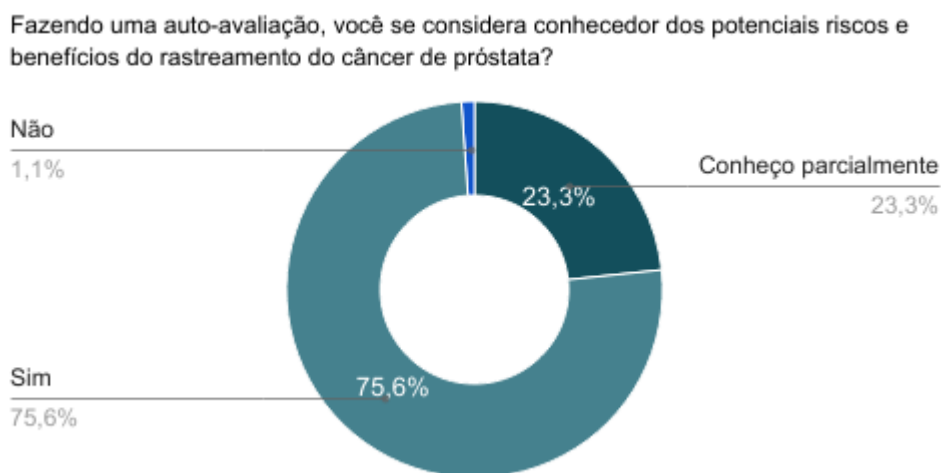


Figura 1 - Auto-avaliação do conhecimento acerca dos potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata.

Você discute com os pacientes que demonstram interesse em realizar exames de rastreamento do câncer de próstata os riscos e benefícios associados a essa prática?

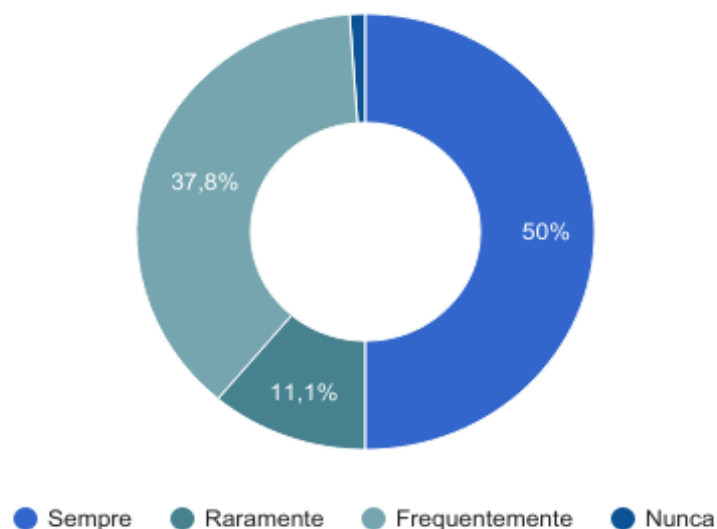


Figura 2 - Frequência com que os riscos e benefícios associados ao rastreamento do câncer de próstata são discutidos com os pacientes que demonstram interesse em realizar os exames.

Ainda com relação à discussão acerca dos potenciais riscos e benefícios relacionados ao rastreamento do câncer de próstata, os médicos entrevistados acreditavam que os pacientes aos quais prestam atendimento são frequentemente (61,1%) ou sempre (3,3%) capazes de compreender uma discussão que envolva essas questões e, a partir dessa discussão, decidirem conscientemente se desejam ou não se submeter ao rastreamento. Outros 34,4% dos entrevistados julgavam que raramente os pacientes seriam capazes de compreender uma discussão acerca dos potenciais riscos e benefícios relacionados ao rastreamento do câncer de próstata, e um entrevistado acreditava que essa compreensão nunca seria possível.

Dos médicos entrevistados que solicitavam exames de rastreamento rotineiramente (57,8%), 13,5% declararam que raramente ou nunca discutiam com os pacientes que demonstram interesse em realizar os exames de rastreamento os riscos e benefícios associados a essa prática ($P = 0,752$; Tabela 4).

Tabela 4 - Relação entre oferecer rastreamento para o câncer de próstata rotineiramente e discutir os riscos e benefícios associados a essa prática. $P = 0,752$

Oferece exames de rastreamento rotineiramente?	Discute com os pacientes que demonstram interesse em realizar exames de rastreamento os riscos e benefícios associados a essa prática?		Total
	Sempre ou frequentemente	Raramente ou nunca	
Sim	45 (86,5%)	7 (13,5%)	52
Não	34 (89,5%)	4 (10,5%)	38
Total	79 (87,8%)	11 (12,2%)	90

Entre os entrevistados que se consideraram conhecedores dos potenciais riscos e benefícios associados ao rastreamento do câncer de próstata (75,6%), 10,3% declararam que raramente ou nunca discutiam com os pacientes que demonstram interesse em realizar os exames de rastreamento os riscos e benefícios associados a essa prática ($P = 0,453$; Tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre se considerar conhecedor dos riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata e discuti-los com os pacientes que demonstram interesse em realizar os exames. $P = 0,453$

Considera-se conhecedor dos potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata?	Discute com os pacientes que demonstram interesse em realizar exames de rastreamento os riscos e benefícios associados a essa prática?		Total
	Sempre ou frequentemente	Raramente ou nunca	
Sim	61 (89,7%)	7 (10,3%)	68
Parcialmente/Não	18 (81,8%)	4 (18,2%)	22
Total	79 (87,8%)	11 (12,2%)	90

5.4 FATORES QUE INFLUENCIAM O RASTREAMENTO

A tabela abaixo relaciona os fatores que exerceram influência na decisão por oferecer ou não os exames de rastreamento do câncer de próstata.

Tabela 6 - Fatores que exercem influência na decisão por oferecer ou não exames de rastreamento do câncer de próstata.

Fatores	N	%
Idade	84	93,3
História de câncer de próstata na família	80	88,9
Pedido do paciente	62	68,9
Tabagismo	35	38,9
Expectativa de vida	33	36,7
Cor da pele	21	23,3
Alcoolismo	15	16,7
Hábitos alimentares	10	11,1
Sedentarismo	8	8,9
Outros - Sintomas urinários	13	14,4
Outros - Obesidade	1	1,2

5.5 CONHECIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DO INCA

Considerando-se a totalidade da amostra estudada, 72,2% não sabiam quais são as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata, sendo que, deste total, 69,2% possuíam crenças equivocadas acerca das recomendações do INCA e 30,7% declararam que desconheciam as recomendações atuais (Tabela 7).

Tabela 7 - Respostas dos médicos entrevistados quando interrogados sobre quais são as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata.

	N	%
Oferecer os exames de rastreamento para os homens com risco padrão para o câncer de próstata com idade entre 55 e 69 anos; e para os homens negros, ou que tenham histórico de câncer de próstata em parentes de primeiro grau, com idade entre 50 e 69 anos.	25	27,8
Não organizar programas de rastreamento para o câncer de próstata e informar aos homens que demandarem espontaneamente a realização de exames de rastreamento sobre os riscos e benefícios associados a essa prática.*	25	27,8
Desconheço as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata.	20	22,2
Apenas oferecer os exames de rastreamento aos homens com fatores de risco para o câncer de próstata e com idade entre 50 e 69 anos, devendo os mesmos serem informados sobre os riscos e benefícios associados a essa prática.	17	18,9
Antes de oferecer os exames de rastreamento do câncer de próstata, os homens devem assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, em que constem os riscos e benefícios associados a essa prática. Os exames de rastreamento do câncer de próstata devem ser oferecidos apenas aos homens com fatores de risco para esse câncer e com idade entre 50 e 69 anos.	3	3,3

* Resposta correta

A média de idade dos médicos que não conheciam as recomendações do INCA foi de 36,4 anos, com desvio-padrão de 11,7 anos, enquanto que a média de idade dos médicos que conheciam as recomendações do INCA foi de 30,5 anos, com desvio-padrão de 4,9 anos ($P = 0,001$).

Na correlação entre tempo de formado e conhecimento das recomendações do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata, a média de tempo de formado dos médicos que não conheciam as recomendações foi de 9,4 anos, com desvio-padrão de 10,9 anos, enquanto que a média de tempo de formado dos médicos que conheciam as recomendações foi de 4,2 anos, com desvio-padrão de 4,2 anos ($P = 0,002$).

A parcela dos médicos que possuía especialização em medicina de família e comunidade e era conhecedora das recomendações do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata foi maior quando comparada aos médicos que não possuíam essa especialização (68,4% vs 16,9%; $P < 0,001$; Tabela 8).

Tabela 8 - Relação entre possuir especialização em medicina de família e comunidade e ser conhecedor das recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata. $P < 0,001$

Possui especialização em medicina de família e comunidade?	Conhece recomendações do INCA?		Total
	Sim	Não	
Sim	13 (68,4%)	6 (31,6%)	19
Não	12 (16,9%)	59 (83,1%)	71
Total	25 (27,8%)	65 (72,2%)	90

Entre os médicos que declararam sempre discutir com os pacientes que demonstram interesse em realizar exames de rastreamento do câncer de próstata os riscos e benefícios associados a essa prática (50%), 71,1% não sabiam quais são as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento ($P = 0,691$; Tabela 9).

Tabela 9 - Relação entre discutir os riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata e conhecer as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento. $P = 0,691$

Discute com os pacientes que demonstram interesse em realizar exames de rastreamento os riscos e benefícios associados a essa prática?	Conhece recomendações do INCA?		Total
	Sim	Não	
Sempre	13 (28,9%)	32 (71,1%)	45
Outros	12 (26,7%)	33 (73,3%)	45
Total	25	65	90

Dos médicos que se consideraram conhecedores dos potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata (75,6%), 70,6% não sabiam quais são as recomendações atuais do INCA acerca dessa prática ($P = 0,175$; Tabela 10).

Tabela 10 - Relação entre se considerar conhecedor dos riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata e conhecer as recomendações do INCA acerca do rastreamento. $P = 0,175$

Considera-se conhecedor dos potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata?	Conhece recomendações do INCA?		Total
	Sim	Não	
Sim	20 (29,4%)	48 (70,6%)	68
Parcialmente/Não	5 (22,7%)	17 (77,3%)	22
Total	25	65	90

5.6 BENEFÍCIOS ESPERADOS DO RASTREAMENTO

Quando interrogados sobre os benefícios esperados quando se decide pela realização do rastreamento do câncer de próstata, 56,7% dos médicos entrevistados consideraram a redução da mortalidade por esse tipo de câncer, e o estímulo ao autocuidado e às práticas preventivas na população masculina foi apontado por 64,4% dos entrevistados, mesma porcentagem dos médicos que acreditavam que o início do tratamento o mais precocemente possível pode ser tido como benefício esperado de um programa de rastreamento do câncer de próstata (Tabela 11).

Entre os médicos entrevistados, 6,6% não apontaram outros benefícios esperados do rastreamento do câncer de próstata além da redução da mortalidade por esse tipo de câncer.

Tabela 11 - O que se entende como benefício esperado quando se decide pela realização do rastreamento do câncer de próstata.

Benefícios Esperados	N	%
Estimular o autocuidado e as práticas preventivas na população masculina.	58	64,4
Iniciar o tratamento o mais precocemente possível.	58	64,4
Redução da mortalidade pelo câncer de próstata.	51	56,7
Diagnosticar e tratar todos os cânceres de próstata.	22	24,4
Aumentar a sobrevida dos homens portadores de câncer de próstata em qualquer estágio da doença.	22	24,4

5.7 POTENCIAIS RISCOS DO RASTREAMENTO

Os potenciais riscos associados ao rastreamento do câncer de próstata mais considerados foram, em ordem decrescente, resultados falso-positivos (75,6%), sofrimento mental relacionado ao diagnóstico do câncer (72,2%), danos resultantes de etapas posteriores ao rastreamento, como infecções e sangramentos decorrentes de biópsias (64,4%), danos resultantes do próprio tratamento, como a impotência sexual e a incontinência urinária (58,9%), tratamento de cânceres que nunca evoluíram clinicamente (48,9%) e morte por complicações relacionadas ao tratamento (30%).

A porcentagem dos entrevistados que considerou todos os potenciais riscos relacionados ao rastreamento do câncer de próstata apresentados no questionário foi de 25,6%.

Dos médicos que se consideraram conhecedores dos potenciais riscos e benefícios associados à prática do rastreamento (75,6%), 25%

foram capazes de identificar todos os potenciais riscos relacionados a essa prática apresentados no questionário ($P = 0,895$; Tabela 12).

Tabela 12 - Entrevistados que se consideraram conhecedores dos potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata e os identificaram todos no questionário. $P = 0,895$

Considera-se conhecedor dos potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata?	Identificou todos os potenciais riscos do rastreamento do câncer de próstata?		Total
	Sim	Não	
Sim	17 (25,0%)	51 (75,0%)	68
Parcialmente/Não	6 (27,3%)	16 (72,7%)	22
Total	23 (25,6%)	67 (74,4%)	90

6 DISCUSSÃO

O rastreamento do câncer de próstata, como muitas intervenções que envolvem a saúde humana, pode trazer benefícios e riscos à saúde, os quais deveriam ser extensivamente avaliados antes da incorporação dos exames de rastreamento à prática clínica ou como programa de saúde pública. Em que pese a influência das campanhas publicitárias, a população masculina tem sido constantemente incitada a procurar os serviços de saúde, especialmente os serviços que compõem a rede de atenção primária à saúde, com o propósito de realizar os exames de rastreamento, através da dosagem do PSA e do exame de toque digital da próstata, e isso aparentemente tem conquistado a adesão de um número crescente de homens.

Entre os principais achados, este estudo revelou que a maioria dos médicos entrevistados solicitava os exames de rastreamento de forma rotineira, estendendo essa prática para além das situações em que os pacientes demonstravam interesse em realizá-los, o que sugere que, na prática, existe, ainda que não oficializado ou organizado, um programa de rastreamento do câncer de próstata sendo executado nas cidades pesquisadas, em discordância com as recomendações do INCA.²² Corroborando com esse achado, a maioria dos médicos demonstrou não estar atualizada quanto à discussão que existe atualmente, em escala mundial, acerca das controvérsias envolvendo o rastreamento do câncer de

próstata, uma vez que, apesar de 75,6% dos entrevistados terem se considerado conhecedores dos potenciais riscos e benefícios associados ao rastreamento, 72,2% não sabiam quais são as recomendações do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata no Brasil. Em estudo realizado em 2012, na Suécia, envolvendo 305 médicos que atuavam na atenção primária à saúde, quando interrogados com que frequência ofereciam o rastreamento do câncer de próstata aos seus pacientes, através do exame de PSA, 12% declararam solicitar o exame rotineiramente, 73% ocasionalmente, 14% raramente, e 1% declarou nunca solicitar o PSA como exame de rastreamento. No mesmo estudo, 32% dos entrevistados declararam que sempre se mantinham atualizados sobre as discussões atuais envolvendo o rastreamento através do PSA.³¹

Embora as recomendações atuais do INCA, de que não se organizem programas de rastreamento para o câncer de próstata e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a essa prática, sejam relativamente recentes, de novembro de 2013, e possivelmente pouco divulgadas, o que poderia, a princípio, explicar, em parte, a grande porcentagem de médicos que desconhecem tais recomendações, as discussões acerca do tema, mesmo no Brasil, já são antigas. As recomendações de 2013, ratificadas em boletim informativo de 2014²⁰ e em nota técnica de 2015²¹, tratam-se de uma reafirmação das diretrizes para o rastreamento do câncer de próstata apresentadas ainda no ano de 2009.²³

Em 2002, o INCA, dando continuidade à implementação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, quando do lançamento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, instituído por lei federal de 2001, já trazia a discussão de que os estudos existentes na literatura para avaliação da efetividade do rastreamento do câncer de próstata apresentavam problemas metodológicos em seu desenho, e alertava que o baixo valor preditivo positivo dos exames de rastreamento levavam a uma elevada proporção de resultados falso-positivos, e, conseqüentemente, a um alto índice de realização de biópsias desnecessárias.²⁴ Portanto, já se passou mais de um década desde que as controvérsias acerca do rastreamento do câncer de próstata foram postas em discussão no Brasil, e mais tempo ainda quando se amplia o olhar para instâncias internacionais. Apesar disso, nos deparamos com uma grande porcentagem de médicos, nas cidades pesquisadas, que ainda não se apropriou dessa discussão, embasada cientificamente, e conseqüentemente, reproduz condutas há muito condenadas, possivelmente atraída por campanhas de cunho publicitário, a exemplo do “Novembro Azul”, sobre a qual o Ministério da Saúde (MS) já se posicionou, com ressalvas importantes acerca do rastreamento do câncer de próstata.²¹

Em estudo realizado nos EUA, 168 médicos que atuavam na atenção primária à saúde, no Estado da Flórida, foram avaliados quanto ao conhecimento acerca do rastreamento do câncer de próstata e à prática do rastreamento, através de questionário aplicado em 2006, com a mesma avaliação sendo repetida em 2011, período em que foram publicados os

resultados dos dois grandes estudos randomizados internacionais sobre o rastreamento do câncer de próstata, o Prostate, Lung, Colorectal and Ovary Cancer Screening Trial (PCLO) e o European Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC), ambos de 2009. Os pesquisadores concluíram que, passados 5 anos, não houve avanço no conhecimento acerca das questões que envolvem o rastreamento do câncer de próstata. Na avaliação de 2006, 47% dos entrevistados declararam que ofereciam o rastreamento para mais de 75% dos seus pacientes com idade superior a 50 anos, e em 2011 essa taxa subiu para 68%.¹⁸

Achados diferentes ocorreram em estudo realizado pela Universidade de Chicago, EUA, que avaliou o rastreamento oferecido por médicos da atenção primária à saúde, através da solicitação de pelo menos 1 exame de PSA, em um período de 6 meses antes das recomendações de 2012 da U.S. Preventive Services Task Force (entre junho e novembro de 2011), para uma população de 21.043 homens com idade entre 40 e 79 anos, e nos 6 meses logo após as recomendações (entre junho e novembro de 2012) para uma população de 26.338 homens com as mesmas características e faixa etária. Nesse estudo, a porcentagem de homens que foi rastreada para o câncer de próstata no período pós-recomendações foi significativamente menor quando comparada à porcentagem de homens rastreada antes das recomendações (7,6% vs 8,6%).¹¹

Quando da oferta dos exames de rastreamento, apenas metade dos entrevistados declarou que sempre discute com os pacientes que demonstram interesse em realizar os exames os potenciais riscos e

benefícios associados a essa prática, ainda que, entre a totalidade dos entrevistados, 64,4% acreditassem que os pacientes aos quais prestam atendimento seriam frequentemente ou sempre capazes de compreender uma discussão que envolvesse essas questões e, a partir dessa discussão, decidir conscientemente se desejariam ou não se submeter ao rastreamento. Mesmo considerando o julgamento dos médicos para os quais raramente (34,4%) ou nunca (1,1%) os pacientes seriam capazes de compreender uma discussão acerca dos potenciais riscos e benefícios relacionados ao rastreamento do câncer de próstata, que provavelmente consideraram o baixo nível de instrução de parte dos usuários, não é plausível, seja do ponto de vista ético ou legal, que informações cruciais sejam omitidas dos pacientes, baseando-se em pré-julgamentos acerca da capacidade de discernimento dos mesmos.

Atentando-se para o Código de Ética Médica¹², em seu Art. 22, Cap. IV, que reza que “é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”, e Art. 24, que reza que “é vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”, essa discussão se torna especialmente importante ao se considerar que estamos diante de uma situação com potencial de mudar completa e drasticamente o curso da vida desses homens. É importante ponderar que se trata de uma discussão acerca do rastreamento, e não de exames com fins diagnósticos. Por

consequente, um determinado homem assintomático, sem sinais ou sintomas sugestivos de câncer de próstata, poderia, em uma conjuntura completamente possível de acontecer, vir a receber o diagnóstico de um câncer de próstata, passar por todo o sofrimento mental relacionada à doença, submeter-se a uma cirurgia, evoluir com sequelas dessa cirurgia, e, no fim das contas, se não tivesse descoberto o câncer, poderia ter sido poupado de uma cascata de possíveis malefícios à sua saúde física e mental, com grande possibilidade de ter permanecido assintomático e morrido por outro motivo, que não o câncer de próstata. Portanto, um dos maiores desafios, no tocante à detecção precoce do câncer de próstata, é a falta de conhecimentos sobre a sua história natural. Estudos demonstraram que o câncer de próstata é histologicamente evidenciado em 30% das necropsias em homens com idade igual ou superior a 50 anos, sugerindo um curso latente prolongado deste tipo de câncer, ou seja, em um grande contingente de homens a doença jamais evoluirá. Deste modo, ao se detectar precocemente o câncer de próstata, através do rastreamento, não há dados que permitam determinar o seu prognóstico.³²

Apesar do achado não ter obtido significância estatística, vale destacar que, entre os médicos que declararam sempre discutir com os pacientes que demonstram interesse em realizar exames de rastreamento do câncer de próstata os riscos e benefícios associados a essa prática, que representaram metade dos entrevistados, 71,1% não sabiam quais são as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento. Esse achado é preocupante, pois nos leva a questionar a qualidade das informações que

estão sendo fornecidas a esses pacientes, e nos faz pensar que esses pacientes provavelmente estão tomando decisões sobre se submeter ou não ao rastreamento baseados em informações distorcidas. Corroborando com essa aparente confusão em torno das informações que são repassadas aos pacientes, outro achado, que também não obteve significância estatística, porém parece digno de uma reflexão, foi que dos médicos que se consideraram conhecedores dos potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata (75,6%), 70,6% não sabiam quais são as recomendações do INCA acerca dessa prática. Conclui-se que esses profissionais não só desconheciam as recomendações do INCA acerca do rastreamento, como acreditavam conhecer os potenciais riscos e benefícios associados a essa prática, o que pode ser um fator contributivo para que se sentissem atraídos por aderir à prática do rastreamento indiscriminado.

Foi constatado, porém, que o cenário da prática do rastreamento do câncer de próstata, na rede de atenção primária à saúde das cidades pesquisadas, mudava significativamente quando os médicos que prestam atendimento nas Unidades de Saúde da Família são especialistas na área, ou seja, possuem especialização em medicina de família e comunidade. Quando comparados aos médicos que não possuem a especialização, os médicos de família e comunidade são mais conhecedores das recomendações do INCA acerca do rastreamento (68,4% vs 16,9%), o que provavelmente explica o fato de também solicitarem os exames de rastreamento menos rotineiramente (15,8% vs 69%). A qualificação dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil, elevando-se o número de

médicos especialistas que atuam nesse nível de atenção à saúde, poderia, portanto, causar impacto positivo na prática do rastreamento do câncer de próstata, e possivelmente na prática clínica de um modo geral. Atualmente, estima-se que apenas cerca de 10% das mais de 30 mil equipes de saúde da família no Brasil contam com um médico especialista em medicina de família e comunidade.¹⁵ No presente estudo, 21,1% dos entrevistados declararam ter especialização em medicina de família e comunidade, mais que o dobro da média nacional, provavelmente por influência do programa de residência médica da Universidade Federal do Vale do São Francisco, que oferta, anualmente, 12 vagas para a referida especialização, no contexto de uma região de médio porte, com população de pouco mais de meio milhão de habitantes.¹⁷

Dois médicos entrevistados tinham nacionalidade cubana e integravam o programa do Governo Federal de provimento de profissionais médicos para a atenção primária à saúde - Programa Mais Médicos Para o Brasil - o que poderia influenciar no conhecimento acerca das recomendações do INCA, haja vista sua formação acadêmica em outro país e a recente atuação em território nacional.

A idade e o tempo de formado foram significativamente importantes para o conhecimento ou não das recomendações do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata entre os médicos entrevistados, com um número maior de médicos mais jovens e com menos tempo de formado tendo demonstrado ser conhecedor das recomendações do INCA em comparação com os médicos mais velhos e com mais tempo de formado. O

contato com o meio acadêmico em um passado mais recente poderia ser a explicação para essa disparidade, o que reforçaria também a importância dos processos de educação permanente para o bom exercício da prática médica. Vale ressaltar, haja vista que o estudo foi direcionado aos médicos que trabalham na rede de atenção primária à saúde, que a Política Nacional de Atenção Básica, de 2012, coloca sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde e dos Governos Estaduais e Federal desenvolver ações e articular instituições para a formação e a garantia de educação permanente aos profissionais das equipes de saúde da família²⁵, o que, contudo, não isenta os próprios médicos da sua responsabilidade para com o exercício qualificado do ato médico.

O PSA e o toque digital da próstata foram, em conjunto, os exames de rastreamento do câncer de próstata mais oferecidos, superando o PSA isoladamente. Ambos os métodos, no entanto, apresentam vantagens e limitações quando empregados como exames de rastreamento. O PSA, como método de rastreamento, não é invasivo, é fácil de ser realizado, disponível, aceito, porém, sua sensibilidade e especificidade, bem como a capacidade de alterar o curso da doença, são bastante controversos.¹³ A primeira dificuldade na avaliação da sensibilidade e especificidade do PSA é a falta de consenso sobre o ponto de corte ideal e clinicamente significativo, com autores propondo valores que variam de 3 a 10 ng/ml. Considerando um ponto de corte em 4,0 ng/ml, a sensibilidade estimada varia de 35% a 71%, e a especificidade de 63% a 91%. Estudos que estimaram seu valor preditivo positivo apontam para valores em torno de 28%, o que significa que

cerca de 72% dos pacientes com dosagem do PSA alterada podem ser submetidos a biópsias desnecessárias.²⁴

Quanto ao toque digital da próstata, um teste examinador-depende, é importante destacar que somente as porções posterior e lateral da próstata podem ser palpadadas, deixando de 40% a 50% dos tumores fora do seu alcance. As estimativas de sensibilidade para o exame variam entre 55% e 68%, e o valor preditivo positivo é estimado entre 25% e 28%. Quando utilizado em associação à dosagem do PSA, com valores entre 1,5 ng/ml e 2,0 ng/ml, sua sensibilidade pode chegar a 95%.²⁴ Fora do contexto do rastreamento do câncer de próstata, é importante ressaltar que os exames de PSA e toque retal têm outros papéis. O toque retal é utilizado na investigação diagnóstica de diversas condições, entre elas o próprio câncer de próstata, situação em que tem valor relevante também no estadiamento do tumor. Já o PSA é utilizado na avaliação diagnóstica de homens com sinais e sintomas sugestivos de câncer de próstata, o que é diferente do seu emprego como exame de rastreamento, na avaliação de recorrência bioquímica após tratamento e no monitoramento de homens com diagnóstico prévio de câncer de próstata.²²

Os fatores de risco clássicos para o câncer de próstata são idade avançada, grupo racial e história familiar²⁹, além dos quais, têm sido cada vez mais investigados, nos últimos anos, fatores de risco modificáveis relevantes para a etiologia desse câncer, a exemplo dos hábitos alimentares, sedentarismo, alcoolismo e tabagismo. Idade e história de câncer de próstata na família foram os fatores apontados, no presente

estudo, como exercendo maior influência quando da decisão pela realização ou não do rastreamento. Assim como em outros cânceres, a idade é um fator de risco importante, ganhando um significado especial no câncer de próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam exponencialmente após a idade de 50 anos.²⁴

O interesse dos pacientes em realizar os exames, que merece atenção especial, observando-se as recomendações do INCA, e em respeito ao direito dos mesmos em decidir livremente sobre sua saúde, aparece logo em seguida. Esse achado, entretanto, aparenta ser contraditório, uma vez que, quando interrogados sob que circunstâncias os exames de rastreamento são oferecidos, apenas 11,1% dos entrevistados responderam que solicitam os exames quando os pacientes demonstram interesse em realizá-los. Esse fato não significa, no entanto, que a maioria dos entrevistados, que declarou solicitar os exames rotineiramente, não leva em consideração o interesse dos pacientes em realizar os exames, mas que, independentemente de demonstrarem ou não interesse em realizar os exames, o rastreamento do câncer de próstata é realizado rotineiramente. O interesse dos pacientes em se submeter ao rastreamento foi o fator que mais exerceu influência, quando da decisão por oferecer ou não o rastreamento do câncer de próstata através do PSA, no já mencionado estudo realizado na Suécia, envolvendo 305 médicos que atuavam na rede de atenção primária à saúde.³¹

A expectativa de vida foi apontada como fator que exerce influência na decisão por oferecer ou não o rastreamento por apenas 36,7% dos

médicos entrevistados. Apesar de existirem divergências nas recomendações feitas pelas organizações médicas de referência no estudo do câncer, em suas diretrizes publicadas nos últimos anos acerca do rastreamento do câncer de próstata, muitas dessas recomendações convergem para a importância de se considerar, além da idade, a expectativa de vida dos pacientes, quando da decisão ou não pela realização do rastreamento.^{3,8,30} Como a grande maioria dos cânceres de próstata cresce de forma muito lenta, podendo levar cerca de 15 anos para atingir 1 cm³, portanto, com grande possibilidade de não causar sintomas durante a vida nem ameaçar a saúde dos homens, não seria imprudente considerar que homens com expectativa de vida menor que 15 anos possuem poucas chances de se beneficiar do rastreamento, o que representa o entendimento atual dos especialistas de organizações como a *American Cancer Society-ACS*, a *American Urological Association-AUA* e a *American College of Physicians-ACP*.

Apesar de a etnia ser reconhecidamente um fator de risco importante para o câncer de próstata, somente 23,3% dos médicos entrevistados consideraram a cor da pele como um fator que exerce influência na decisão por oferecer ou não os exames de rastreamento aos seus pacientes. Diversos estudos têm demonstrado que tanto a incidência quanto a mortalidade por câncer de próstata em afro-americanos dos EUA é significativamente maior que a observada em qualquer outro grupo étnico. Na publicação anual da *American Cancer Society*, que apresenta as estimativas de novos casos de câncer para 2017, são apresentados dados

referentes à incidência do câncer de próstata, de 2009 a 2013, entre homens negros e brancos dos EUA (198,4 casos por 100 mil homens vs 114,8 casos). A disparidade nas taxas de mortalidade, entre os anos de 2010 e 2014, apresentadas na mesma publicação, foi ainda maior entre homens negros e brancos (42,8 casos por 100 mil homens vs 18,7 casos).²

Sintomas urinários foram relatados, como fatores que exercem influência na decisão por oferecer ou não exames de rastreamento do câncer de próstata, por 14,4% dos entrevistados. Esse achado é especialmente preocupante, uma vez que aponta para o fato de que muitos médicos não foram capazes de distinguir os conceitos de rastreamento e diagnóstico precoce, uma vez que, diante da existência de sintomas e sinais do câncer, não estaremos mais discutindo questões referentes ao rastreamento, e quaisquer exames solicitados passam a ter fins diagnósticos. A Organização Mundial da Saúde define, com bastante clareza, que a detecção precoce de um câncer compreende duas diferentes estratégias: aquela destinada ao diagnóstico do câncer em indivíduos que apresentam sintomas ou sinais iniciais da doença, o que corresponde ao conceito de diagnóstico precoce, e aquela voltada para pessoas sem qualquer sinal ou sintoma e aparentemente saudáveis, o que corresponde ao conceito de rastreamento.⁴¹ Diante da incapacidade de muitos médicos de fazer uma distinção clara entre o que é rastreamento e o que é diagnóstico precoce, é possível imaginar um cenário em que os homens podem ser colocados duplamente em situação de vulnerabilidade frente às ameaças relacionadas ao câncer de próstata, ora submetendo-os ao

rastreamento desnecessário, ora suprimindo-os da possibilidade de serem diagnosticados em momento oportuno, quando apresentam os primeiros sinais ou sintomas da doença, o que aumentaria suas chances de cura.

Quando questionados sobre os benefícios esperados, quando da realização do rastreamento do câncer de próstata, constatamos que os entrevistados alimentavam expectativas irreais, que não justificariam o emprego de um programa de rastreamento. 64,4% dos médicos entrevistados apontaram, como benefício esperado, o “estímulo ao autocuidado e às práticas preventivas na população masculina”, elementos que não fazem nenhuma relação com a prática do rastreamento. Estímulo ao autocuidado e às práticas preventivas, ação das mais importantes do ponto de vista da saúde pública, é realizado fundamentalmente através de campanhas educativas junto à população, sendo inconcebível imaginar que exames de rastreamento, com grande potencial de causar danos, possam estar sendo oferecidos aos pacientes com esse fim. Igual porcentagem dos entrevistados considerou o “início do tratamento o mais precocemente possível”, e 24,4% consideraram o “diagnóstico e tratamento de todos os cânceres de próstata” como benefícios esperados do rastreamento. Trata-se, no entanto, de consequências da prática do rastreamento que representam um desafio a ser superado, uma vez que, haja vista a evolução natural da doença, estaríamos submetendo muitos pacientes ao tratamento de uma grande quantidade de cânceres indolentes (sobretreamento).

Em 2005, em Los Angeles, EUA, 70 médicos que atuavam na atenção primária à saúde, incluindo médicos com especialização em

medicina de família e comunidade e médicos generalistas, foram submetidos a um teste de múltipla escolha, com o objetivo de avaliar, entre outras coisas, a prática do rastreamento do câncer de próstata, bem como o conhecimento acerca das recomendações da U.S. Preventive Services Task Force de 2002, que desaconselhava a prática do rastreamento. O estudo revelou que os médicos que ofereciam o rastreamento do câncer de próstata mais rotineiramente aos seus pacientes foram os que obtiveram os menores índices de acerto nas questões postas em análise, e os mesmos demonstraram acreditar mais no benefício de redução da mortalidade por câncer de próstata em decorrência da prática do rastreamento.⁷

A defesa a favor da introdução de programas de rastreamento é baseada justamente nos possíveis benefícios na redução da mortalidade, por meio da identificação da doença em estágios iniciais, quando o prognóstico é mais favorável. Entretanto, no caso do câncer de próstata, não há consistência entre os ensaios clínicos e as metanálises sobre a existência real de diferença na mortalidade quando são comparados grupos de homens rastreados e não rastreados. Apenas o ensaio clínico realizado na Europa, o European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, encontrou uma redução significativa da mortalidade pela doença em um subgrupo específico, formado por homens com idade entre 55 e 69 anos.³³ Apesar disso, mesmo quando incluído nas metanálises sobre o tema, os resultados continuam apontando não haver impacto na mortalidade.

Mais recentemente, um grupo de revisores, utilizando-se de nova abordagem estatística para os dois grandes estudos randomizados, o PCLO

e o ERSPC, concluiu que houve diminuição da mortalidade por câncer de próstata nos grupos submetidos ao rastreamento de ambos os estudos, quando comparados aos grupos de controle, da ordem de 25 a 31% e 27 a 32%, respectivamente.³⁸ Isso certamente adiciona novos elementos à polêmica em torno da prática do rastreamento e evidencia que ainda há muito a ser ponderado nas discussões em curso.

Neste estudo, não foi possível avaliar o impacto do sobrediagnóstico e do sobretratamento do câncer de próstata, nas cidades pesquisadas, decorrente da prática rotineira do rastreamento pela maioria dos médicos entrevistados. Embora cause repercussões negativas importantes, a nível de saúde pública, e represente um desafio a ser superado, apenas 48,9% dos entrevistados identificaram o sobretatamento como um risco em potencial do rastreamento do câncer de próstata, e apenas 25,6% foram capazes de identificar todos os potenciais riscos relacionados ao rastreamento apresentados no questionário. Entretanto, é crescente o número de publicações, nos últimos anos, que têm alertado sobre os potenciais riscos associados a essa prática.

O presente estudo envolveu uma amostra bastante representativa da população que se pretendia estudar, contudo, apresenta limitações quando se aspira expandir a representação dos achados para o cenário nacional. Não obstante as limitações do estudo, os resultados aqui apresentados possuem um grande potencial de fomentar a discussão acerca do tema abordado, o que contribuiria sobremaneira para livrar um número imensurável de homens da atual situação de vulnerabilidade frente às

ameaças do câncer de próstata, sejam decorrentes das características inerentes à própria doença ou dos potenciais riscos associados ao seu sobrediagnóstico e sobretratamento. Almejamos que os conhecimentos produzidos, até a presente data, sobre as controvérsias que envolvem o rastreamento do câncer de próstata, ultrapassem os limites do meio acadêmico e possam chegar a um número cada vez maior de médicos, e à população como um todo, extraíndo-se da ciência sua capacidade máxima de transformar experimentos em benefícios reais para a sociedade.

7 CONCLUSÃO

Concluiu-se que a prática do rastreamento do câncer de próstata, na rede de atenção primária à saúde das cidades pesquisadas, não estava em conformidade com as recomendações mais recentes, feitas por diversas organizações médicas internacionais de referência no estudo do câncer, incluindo o Instituto Nacional de Câncer, no Brasil, que, baseadas nos resultados de estudos realizados nos últimos anos, desaconselham a prática do rastreamento indiscriminado.

No entanto, foi possível constatar que o cenário da prática do rastreamento mudava significativamente quando os médicos entrevistados possuíam especialização em medicina de família e comunidade, uma vez que 84,2% deles não solicitavam os exames de rastreamento rotineiramente e 68,4% conheciam as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 [AAFP]. American Academy of Family Physician. **Choosing wisely: fifteen things physicians and patients should question**. 2013. Available from: <URL:http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/about_us/initiatives/choosing-wisely-fifteen-questions.pdf> [2017 jan 17]
- 2 [ACS] American Cancer Society. **Cancer facts and figures 2017**. 2017. Available from: <URL:<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>> [2017 fev 12]
- 3 [ACS] American Cancer Society. **Prostate cancer: early detection**. 2016. Available from: <URL:<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003182-pdf.pdf>> [2017 jan 17]
- 4 Andriole GL. Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: mortality results after 13 years of follow-up. **J Natl Cancer Inst** 2012; 104:125-32.
- 5 Baade PD, Youlten DR, Krnjacry LJ. International epidemiology of prostate cancer: geographical distribution and secular trends. **Mol Nutr Food Res** 2009; 53:171-84.
- 6 Bagma CH, Roemeling S, Schröder FH. Overdiagnosis and overtreatment of early detected prostate cancer. **World J Urol** 2007; 25:3-9.
- 7 Bell DS, Hays RD, Hoffman JR, et al. A test of knowledge about prostate cancer screening. **J Gen Intern Med** 2006; 21:310-4.
- 8 Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, et al. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. **J Urol** 2013; 190:419-26.
- 9 Catalona WJ, Richie JP, Ahmann FR, et al. Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer: results of a multicenter clinical trial of 6.630 men. **J Urol** 1994; 151:1283-90.

- 10 Center MM, Jemal A, Lortet-Tieulent J, et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. **Eur Urol** 2012; 61:1070-92.
- 11 Cohn JA, Wang CE, Lakeman JC, et al. Primary care physician PSA screening practices before and after the final U.S. Preventive Services Task Force recommendation. **Urol Oncol** 2014; 32:41.e23-30.
- 12 [CFM] Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Brasília: CFM, 2010.
- 13 Dall'Oglio M, Nadalin W, Vaz FP, Arruda HO, Gouvêa e Silva ECC. **Câncer de próstata**. São Paulo: Santos; 2013. Rastreamento em câncer de próstata; p.15-20.
- 14 Draisma G, Etzioni R, Tsodikov A, et al. Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context. **J Natl Cancer Inst** 2009; 101:374-83.
- 15 Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Estratégia de saúde da família; p. 32-41.
- 16 Etzioni R, Penson DF, Legler JM, et al. Over diagnosis due to prostate-specific antigen screening: lessons from U.S. prostate cancer incidence trends. **J Natl Cancer Inst** 2002; 94:981-90.
- 17 [IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem populacional. Disponível em: <URL:<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2611101>> [206 set 12]
- 18 Johnson K, Chang M, Sun Y, Miyake M, Rosser CJ. Attitudes and knowledge of primary care physicians regarding prostate cancer screening. **J Cancer Educ** 2013; 28:679-83.
- 19 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Incidência de Câncer no Brasil: estimativa 2016**. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

- 20 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata**. 2014. Disponível em: <URL:http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Informativo_Deteccao_Precoce_2_agosto_2014.pdf> [2016 out 12]
- 21 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Nota técnica conjunta: posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul**. 2015. Disponível em: <URL:http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nota_tecnica_saude_do_homem_ms.pdf> [2017 jun 12]
- 22 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rastreamento do câncer da próstata**. 2014. Disponível em: <URL:http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf> [2016 dez 12]
- 23 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rastreamento para o câncer da próstata: diretrizes**. 2009. Disponível em: <URL:http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz_rastreamento_prostata.pdf> [2016 out 12]
- 24 Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- 25 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 26 Mottet N, Bellmunt J, Briers E, et al. **Guidelines on prostate cancer**. 2015. Disponível em: <URL:<http://www.uroweb.org/gls/pdf/09/Prostate/Cancer/LR.pdf>> [2017 jan 15]
- 27 Moyer VA. Screening for Prostate Cancer. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **Ann Int Med** 2012; 157:120-34.

- 28 [NCI] National Cancer Institute. PDQ® Prostate cancer screening. Updated: February 15, 2017. Available from: <URL:<http://cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/prostate/HealthProfessional>> [2017 fev 17]
- 29 Platz EA, Giovannuci E. Prostate cancer. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. **Cancer epidemiology and prevention**. New York: Oxford University Press; 2006. p.1128-50.
- 30 Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, et al. Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. **Ann Intern Med** 2013; 158:761-9.
- 31 Roshanai AH, Nordin K, Berglund G. Factors influencing primary care physicians' decision to order prostate-specific antigen (PSA) test for men without prostate cancer. **Acta Oncol** 2013; 52:1602-8.
- 32 Schersten T, Baile MA, Asua J, Jonsson E. **Prostate cancer screening: evidence synthesis and update. statement of finding**. Vitoria-Gasteiz: Dept. of Health Basque Government, Basque Office for Health Technology Assessment; 1999. (INAHTA Joint Project)
- 33 Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Prostate-Cancer Mortality at 11 Years of Follow-up. **N Engl J Med** 2012;366:981-90.
- 34 Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2017. **CA Cancer J Clin** 2017; 67:7-30.
- 35 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Comunicado aos apoiadores da campanha Novembro Azul**. 2015. Disponível em: <URL:<http://www.sbmfc.org.br/media/Novembro%20Azul.pdf>> [2017 set 25]
- 36 Sociedade Brasileira de Urologia. **Câncer de Próstata**. 2015. Disponível em: <URL:<http://portaldaurologia.org.br/video/video-cancer-prostata/>> [2017 set 25]
- 37 Sociedade Brasileira de Urologia. **Nota Oficial – Rastreamento do Câncer de Próstata**. 2016. Disponível em:

- <URL:<http://portaldaurologia.org.br/noticias/nota-oficial-rastreamento-do-cancer-de-prostata-2/>> [2017 set 25]
- 38 Tsodikov A, Gulati R, Heijnsdijk EAM, et al. Reconciling the Effects of Screening on Prostate Cancer Mortality in the ERSPC and PLCO Trials. **Ann Intern Med** 2017;167(7):449-455.
- 39 U.S. Preventive Services Task Force. **Prostate Cancer Screening Draft Recommendations**. 2017. Disponível em: <URL:<https://screeningforprostatecancer.org/>> [2017 set 12]
- 40 [WHO] World Health Organization. **Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase nº 10**. 2010. Available from: <URL:<http://globocan.iarc.fr/>> [2017 jan 12]
- 41 [WHO]. World Health Organization. **National cancer control programs: policies and managerial guidelines**. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.

Anexo 1 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF
COMITÊ DE ÉTICA E DEONTOLOGIA EM ESTUDOS E PESQUISAS – CEDEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Prezado pesquisador,

É com satisfação que informamos formalmente ao V^o. Sr. que o projeto “O Rastreamento do Câncer de Próstata na Rede de Atenção Primária à Saúde de Petrolina - PE e Juazeiro - BA,” foi aprovado pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas – (CEDEP) da UNIVASF. A partir de agora, portanto, o vosso projeto pode dar início à fase prática ou experimental. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar da data de aprovação deverá ser enviado a esse Comitê um relatório sucinto sobre o andamento da presente pesquisa. Informamos que para efeito de publicação, o presente projeto encontra-se registrado sob o nº CEDEP/UNIVASF.

Pesquisador responsável: Ivan Martins Galvão

Data da entrada: 31/08/2015

Número do parecer: 1.611.829

Petrolina-PE, 07 de março de 2017.

(Rodolfo Araújo da Silva)
Vice-Coordenador CEDEP/UNIVASF

Anexo 2 – Questionário

Título da Pesquisa: **O Rastreamento do Câncer de Próstata na Rede de Atenção Primária à Saúde de Petrolina – PE e Juazeiro – BA.**

Pesquisador: Ivan Martins Galvão

Orientador: Almir Galvão Vieira Bitencourt

QUESTIONÁRIO

Dados Gerais do Entrevistado		
Idade:	Sexo: M [] F []	Tempo de formado: anos.
Possui especialização em Medicina de Família e Comunidade? Sim [] Não []		

1. Em que circunstâncias você oferece os exames de rastreamento do câncer de próstata aos seus pacientes?
 - a. () Rotineiramente.
 - b. () Quando os pacientes demonstram interesse em realizar os exames.
 - c. () Apenas em ocasiões especiais, quando julgo oportuno.

2. Quando se decide pela realização do rastreamento do câncer de próstata, que exames de rastreamento você oferece aos seus pacientes?
 - a. () PSA apenas.
 - b. () PSA e toque digital da próstata.
 - c. () Toque digital da próstata apenas.
 - d. () Outros: _____

3. Fazendo uma auto-avaliação, você se considera conhecedor dos

potenciais riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata?

- a. ☐ Sim.
- b. ☐ Não.
- c. ☐ Conheço parcialmente.

4. Você discute com os pacientes que demonstram interesse em realizar exames de rastreamento do câncer de próstata os riscos e benefícios associados a essa prática?

- a. ☐ Sempre.
- b. ☐ Frequentemente.
- c. ☐ Raramente.
- d. ☐ Nunca.

5. No seu julgamento, os pacientes aos quais você presta atendimento são capazes de compreender uma discussão acerca dos riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata e, a partir dessa discussão, decidirem conscientemente se desejam ou não se submeterem ao rastreamento?

- a. ☐ Sempre.
- b. ☐ Frequentemente.
- c. ☐ Raramente.
- d. ☐ Nunca.

6. Que fatores exercem influência na sua decisão por oferecer ou não exames de rastreamento do câncer de próstata aos seus pacientes? Você pode marcar mais de uma alternativa.

- a. ☐ Idade do paciente.
- b. ☐ Expectativa de vida do paciente.
- c. ☐ Pedido do paciente.
- d. ☐ História de câncer de próstata na família.
- e. ☐ Cor da pele.
- f. ☐ Hábitos alimentares.

- g. () Sedentarismo.
 - h. () Alcoolismo.
 - i. () Tabagismo.
 - j. () Outros: _____
-

7. Quais são as recomendações atuais do Instituto Nacional do Câncer – INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata? Há apenas uma alternativa correta.

- a. () Antes de oferecer os exames de rastreamento do câncer de próstata, os homens devem assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, em que constem os riscos e benefícios associados a essa prática. Os exames de rastreamento do câncer de próstata devem ser oferecidos apenas aos homens com fatores de risco para esse câncer e com idade entre 50 e 69 anos.
- b. () Oferecer os exames de rastreamento para os homens com risco padrão para o câncer de próstata com idade entre 55 e 69 anos; e para os homens negros, ou que tenham histórico de câncer de próstata em parentes de primeiro grau, com idade entre 50 e 69 anos.
- c. () Não organizar programas de rastreamento para o câncer de próstata e informar aos homens que demandarem espontaneamente a realização de exames de rastreamento sobre os riscos e benefícios associados a essa prática.
- d. () Apenas oferecer os exames de rastreamento aos homens com fatores de risco para o câncer de próstata e com idade entre 50 e 69 anos, devendo os mesmos serem informados sobre os riscos e benefícios associados a essa prática.
- e. () Desconheço as recomendações atuais do INCA acerca do rastreamento do câncer de próstata.

8. Quais os benefícios esperados quando se decide pela realização do

rastreamento do câncer de próstata? Você pode marcar mais de uma alternativa.

- a. ☐ Redução da mortalidade pelo câncer de próstata.
- b. ☐ Estimular o autocuidado e as práticas preventivas na população masculina.
- c. ☐ Diagnosticar e tratar todos os cânceres de próstata.
- d. ☐ Aumentar a sobrevida dos homens portadores de câncer de próstata em qualquer estágio da doença.
- e. ☐ Iniciar o tratamento o mais precocemente possível.

9. Quais os potenciais riscos associados ao rastreamento do câncer de próstata? Você pode marcar mais de uma alternativa.

- a. ☐ Resultados falso-positivos.
- b. ☐ Danos resultantes de etapas posteriores ao rastreamento, como infecções e sangramentos decorrentes de biópsias.
- c. ☐ Danos resultantes do próprio tratamento, como a impotência sexual e a incontinência urinária.
- d. ☐ Sofrimento mental relacionado ao diagnóstico do câncer.
- e. ☐ Tratamento de cânceres que nunca evoluíram clinicamente.
- f. ☐ Morte por complicações relacionadas ao tratamento.

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: O Rastreamento do Câncer de Próstata na Rede de Atenção Primária à Saúde de Petrolina – PE e Juazeiro – BA.

Pesquisador: Ivan Martins Galvão

Orientador: Almir Galvão Vieira Bitencourt

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Você foi convidado(a) a participar deste estudo por ser médico(a) da rede de atenção primária à saúde de Petrolina – PE e/ou Juazeiro – BA. O objetivo do estudo é avaliar as práticas de rastreamento do câncer de próstata na rede de atenção primária à saúde de Petrolina – PE e Juazeiro – BA.

PROCEDIMENTOS:

Após a assinatura deste termo de consentimento, autorizando sua participação no estudo, você será convidado a responder ao questionário elaborado pelos pesquisadores, usando-se do tempo que for necessário para que as informações finais sejam o mais fidedignas possível. O questionário é composto por 09 perguntas voltadas para o rastreamento do câncer de próstata, todas elaboradas em linguagem acessível e compatível com o público alvo deste estudo. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo uma delas destinada à sua posse.

JUSTIFICATIVA E BENEFÍCIOS:

Os resultados obtidos do presente estudo poderão contribuir com a discussão acerca do rastreamento do câncer de próstata, tanto no meio científico quanto entre os profissionais que trabalham na assistência direta aos pacientes, especialmente os médicos do nível primário de atenção à saúde.

RISCOS:

A pesquisa não oferece grandes riscos aos participantes, porém são previstos, como possíveis riscos mínimos, o tempo gasto e o aborrecimento em responder ao questionário, além do constrangimento, quando da recusa em participar da pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE:

A sua identidade e a confidencialidade das suas informações serão preservadas, de modo que somente os pesquisadores e os membros da Comissão de Ética da Universidade Federal do Vale do São Francisco terão acesso aos registros. A sua participação neste estudo é voluntária e a sua recusa em responder o questionário será compreendida, assim como você poderá retirar o consentimento sem qualquer penalização.

Se surgir qualquer dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Ivan Martins Galvão ou Almir Galvão Vieira Bitencourt, através dos telefones (87) 98844-9951 ou (11) 2189-5000, ramal 1179, respectivamente, de segunda a sexta-feira, em horário comercial, ou através do e-mail ivan.galvao@univasf.edu.br ou almirgvb@yahoo.com.br. Informações complementares acerca do estudo poderão ainda ser obtidas junto ao Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisa – CEDEP, da Universidade Federal do Vale do São Francisco, cujo atendimento ao

público se dá das 8h às 12h e das 14h às 18h, de segunda a sexta-feira. O telefone de contato do CEDEP é o (87) 2101-6896, e o e-mail é cedep@univasf.edu.br.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

O participante da pesquisa não terá nenhum tipo de despesa para participar da mesma, bem como nada será pago por sua participação. No entanto, caso haja algum tipo de despesa, devido e decorrente da sua participação neste estudo, você será ressarcido. Caso você venha a sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito a indenização.

DECLARAÇÃO:

Declaro que fui esclarecido(a) sobre os procedimentos, riscos e benefícios associados a este estudo, que tenho liberdade para não responder ao questionário que está sendo proposto, que não haverá remuneração financeira para participar deste estudo e que a minha identidade será preservada, mantendo-se todas as informações em caráter confidencial. Concordo em participar deste estudo e autorizo a divulgação dos resultados obtidos do mesmo.

Petrolina – PE / Juazeiro - BA, _____ de _____ de _____.

Nome do participante

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura do Orientador

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: Professor Álvaro Rego Millen
Neto

Vice-Coordenadora: Deuzilane Muniz Nunes