



FATORES LIMITANTES À REALIZAÇÃO DE EXAMES PROSTÁTICOS E O POSICIONAMENTO QUANTO À REALIZAÇÃO DO RASTREAMENTO POPULACIONAL

LIMITING FACTORS FOR PROSTATIC TESTS AND THE POSITIONING OF IMPLEMENTATION OF POPULATION TRAFFIC

Jorge Luis Santos Barbosa ¹
Paulo Fernando Kitadani ¹
Tatiane Ferreira Petroni ¹

RESUMO

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum em homens ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Estima-se que entre 2018-2019 ocorrerá o surgimento de 600 mil novos casos de câncer, sendo desse total cerca de 68.220 de câncer de próstata, correspondendo a um risco estimado de 66,12 novos casos a cada 100 mil homens. Em sua fase inicial, a doença não apresenta sinais ou sintomas, tornando difícil a detecção precoce. Dentre os sintomas mais frequentes é possível destacar jato urinário fraco, disúria, hematúria e dor nos ossos predominando a região do quadril e lombar. Seu diagnóstico é realizado através da dosagem sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA) seguido de toque retal, ultrassonografia transretal e biópsia do tecido prostático. Apesar do não conhecimento de sua etiologia natural, é recomendado a adoção de hábitos saudáveis tais como exercícios físicos, evitar gordura principalmente de origem animal, evitar o tabagismo e alcoolismo. Vários obstáculos são encontrados à realização de exames para o diagnóstico precoce de câncer de próstata devido a fatores culturais referentes à doença tais como, preconceito contra a doença, crenças antigas (masculinidade) e principalmente o exame clínico do toque retal, fazendo o homem não procurar os serviços de saúde, tornando difícil uma detecção precoce do CA de próstata. Esta revisão busca trazer informações a profissionais e a população em geral sobre a etiologia, patologia, sintomas, diagnóstico e identificar os principais fatores limitantes à realização de exames prostáticos pelos homens.

Palavras-chave: câncer, próstata; diagnóstico; epidemiologia

ABSTRACT

In Brazil, prostate cancer is the second most common in men getting behind only non-melanoma skin cancer. It is estimated that between 2018-2019 will occur 600 thousand new cases of cancer, out of this total about 68,220 prostate cancer, corresponding to an estimated risk of 66.12 new cases per 100,000 men. In its initial phase, the disease shows no signs or symptoms, making early detection difficult. Among the most frequent symptoms it is possible to highlight weak urinary jet, dysuria, hematuria and pain in the bones predominating the hip and lumbar region. Its diagnosis is made through serum prostate specific antigen (PSA) dosing followed by rectal examination, transrectal ultrasonography and biopsy of the prostatic tissue. Despite not being aware of its natural etiology, it is recommended to adopt healthy habits such as physical exercises, avoid fat mainly of animal origin, avoid smoking and alcoholism. Several obstacles are encountered in conducting examinations for the early diagnosis of prostate cancer due to cultural factors related to the disease such as prejudice against the disease, old beliefs (masculinity) and especially the clinical examination of the rectal touch, causing the man not to seek health services, making early detection of CA of prostate difficult. This review seeks to provide information to professionals and the general population about the etiology, pathology, symptoms, diagnosis and to identify the main limiting factors for the performance of prostate exams by men.

Key words: cancer, prostate; diagnosis; epidemiology

1. Centro Universitário Toledo de Araçatuba- UNITOLEDO

1. INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é considerado um problema de saúde pública devido às altas taxas de incidência na população masculina, sendo a maioria dos casos da doença homens acima de 65 anos, raramente afetando homens abaixo dos 50 anos (SANTIAGO, et al., 2013).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer- INCA (2018), o carcinoma de próstata (CA de próstata) tem na sua maioria, um crescimento bastante lento e assintomático, sendo esta última característica uma das responsáveis pelo diagnóstico tardio da doença, a qual dificulta o sucesso do tratamento.

Na fase inicial da doença, é comum a ausência de sinal ou de sintoma relacionado, e ao surgirem os sintomas, normalmente a doença já se encontra em um estágio mais avançado. Os principais sintomas relacionados ao CA de próstata são: jato urinário fraco, disúria, hematúria, poliúria e dor nos ossos, principalmente na região do quadril e coluna lombar (DAMIÃO et al., 2015).

Os métodos de diagnóstico utilizados para a detecção precoce do CA de próstata são a dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) seguido do toque retal, ultrassonografia e biópsia

do tecido prostático. O diagnóstico da doença só é confirmado com o resultado positivo de malignidade através da biópsia (SANTIAGO et al., 2013; SROUGI, 2008).

Dentre as medidas profiláticas destacam-se a redução à exposição aos agentes causadores da doença. Fatores de risco incluem dieta inadequada, sedentarismo, estilo de vida, tabagismo dentre outros. Dieta saudável rica em cereais, grãos, frutas e legumes e com pouca gordura de origem animal ajudam a diminuir o risco de câncer de um modo geral, bem como a prática de hábitos saudáveis (BACELAR JÚNIOR et al., 2015; INCA, 2017).

Referente ao rastreamento do CA de próstata, são recomendados aos pacientes que se encontram no grupo de risco, por exemplo, homens com histórico familiar de câncer de próstata, idade avançada, apresentando algum tipo de sinal ou sintoma referente à doença, que realizem os exames de PSA e toque retal para o diagnóstico precoce da doença (DORNAS, 2008).

A partir de 2013 surgiram questionamentos quanto à realização do rastreamento populacional do câncer de próstata. Diante disso, este trabalho teve como objetivo apresentar diferentes posicionamentos quanto à necessidade do rastreamento de CA de próstata, tentando mostrar os argumentos favoráveis e contrários à realização do rastreamento da doença na população masculina.

2. OBJETIVO GERAL

Apresentar e discutir argumentos distintos quanto à necessidade de rastrear CA de próstata na população masculina. Descrever a etiologia e patogenia do CA de próstata. Apresentar dados epidemiológicos do CA de próstata, bem como sintomas e métodos diagnósticos.

3. JUSTIFICATIVA

Em virtude das altas taxas de incidência e mortalidade ocasionadas pelo câncer de próstata, sendo o segundo mais comum em homens, torna-se importante discutir se o rastreamento de casos de CA de próstata na população masculina em geral traria benefícios à redução de mortalidade pela doença e melhora da qualidade de vida dos homens.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, por meio de revisão bibliográfica, através da seleção de artigos nacionais disponíveis online em texto completo, utilizando os bancos de dados do *Google Acadêmico*, *SciELO* e *INCA* (Instituto Nacional de Câncer), utilizando como palavras chaves Câncer de próstata, tratamento, diagnóstico, fatores interferentes, masculinidade, prevenção e rastreamento.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 PRÓSTATA

Em condições normais, a próstata pesa aproximadamente 20g. Este órgão se localiza atrás da bexiga e seu parênquima prostático pode ser dividido por zonas ou regiões biológica e anatomicamente distintas que são: zona periférica, periuretral, central e transicional (ROBBINS & COTRAN, 2016).

5.2 CÂNCER

A partir da segunda metade do século XX o perfil de mortes ocorridas mundialmente deixou de ser as doenças parasitárias e infecciosas dando lugar às doenças não transmissíveis, devido principalmente ao avanço tecnológico na área da saúde tais como introdução em massa da vacinação, saneamento básico, urbanização, educação populacional, melhorias nas condições de vida da população, dentre outros fatores (CAMPOLINA et al., 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), durante esse processo de transição e desenvolvimento, a população foi gradativamente trocando as áreas rurais pelas cidades, alterando drasticamente seu estilo de vida, tornando-se uma população sedentária e mal alimentada devido aos produtos industrializados. Mas também trouxe benefícios associados a uma maior longevidade da população, ou seja, vivendo cada vez mais, e devido a isso tem proporcionado um aumento na incidência de doenças crônico degenerativas, como por exemplo, o câncer e doenças cardiovasculares que vem sendo os campeões de mortalidade da população atual (BRASIL, 2009).

Segundo o INCA (2013), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células ocasionado por uma alteração genética inicial, a qual pode invadir tecidos e órgãos com capacidade de disseminação para outras partes do organismo (metástase). Essas células podem se dividir rapidamente, tendem a ser agressivas e

incontroláveis formando tumores ou neoplasias malignas, que são tumores com capacidade de invadir e destruir as estruturas adjacentes e se disseminar para áreas distintas podendo levar a morte.

O processo de carcinogênese ou oncogênese ocorre lentamente, levando vários anos para que uma célula cancerosa se multiplique e dê origem a um tumor visível. A soma de diferentes agentes carcinogênicos é responsável pela iniciação, promoção, progressão e inibição do tumor. A exposição e a interação com esses agentes por um período e frequência de tempo determinam a carcinogênese. Esse processo é composto de três estágios: iniciação, quando os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos; promoção, quando agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e progressão, quando há multiplicação descontrolada e irreversível da célula (INCA, 2013).

5.3 CÂNCER DE PRÓSTATA: ETIOLOGIA E PATOGENIA

O adenocarcinoma da próstata é a causa mais comum de câncer em homens ficando junto ao câncer de colo retal em termos de mortalidade. Há uma expectativa de que um em cada seis homens seja diagnosticado com câncer de próstata ao decorrer de sua vida (ROBBINS & COTRAN, 2016).

O CA de próstata é praticamente uma patologia de homens com mais de 50 anos de idade, dessa forma pode ser considerada uma doença de terceira idade, sendo observado que cerca de três quartos de todos os casos ocorrem a partir dos 65 anos de idade. Na maioria das vezes o tumor cresce de forma muito lenta, assintomático, dificultando seu diagnóstico precoce. Alguns tumores apresentam crescimento tão lento que podem durar até 15 anos para atingir 1cm³ (INCA, 2018).

Existem influências raciais e de nacionalidade notáveis na incidência da doença, sendo raro em asiáticos e ocorrendo com maior frequência em negros. Também existem fatores hereditários, ambientais e alimentares (ROBBINS & COTRAN, 2016).

Sua etiologia ainda não é conhecida por completo, suspeitando que vários fatores como idade, história familiar, raça, níveis hormonais e ambientais tenham papel importante no desenvolvimento da doença (ROBBINS & COTRAN, 2016).

O polimorfismo hereditário também desempenha um importante papel no desenvolvimento do CA de próstata. Homens que possuem parentes de primeiro grau com CA de próstata apresentam duas vezes mais chances de desenvolver a doença em comparação a homens sem histórico familiar. Aqueles que possuem dois parentes de primeiro grau com a doença apresentam cinco vezes mais chances de desenvolver a doença. Estudos demonstraram que homens com uma mutação genética na

linha germinativa do supressor tumoral BRCA2 possuem um risco 20 vezes maior de desenvolver CA de próstata em relação a homens que não possuem essa mutação (ROBBINS & COTRAN, 2016).

5.4 EPIDEMIOLOGIA

No ano de 2012 foram diagnosticados mundialmente 14,1 milhões de novos casos de câncer, sendo que 8,2 milhões resultaram em óbitos, tendo um predomínio no sexo masculino tanto na incidência quanto na mortalidade, com maior número de casos em países desenvolvidos. Este perfil pode ser atribuído às estratégias de rastreamento, realização da dosagem do antígeno prostático específico (PSA) e biópsia, possibilitando a identificação de tumores iniciais ou latentes (FERLAY et al., 2013 apud INCA, 2018).

Dentre os tipos de câncer mais frequentes ocorridos no mundo destacaram-se o câncer de pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). No sexo masculino o de maior incidência foi o de pulmão (16,7%) seguido da próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%) (FERLAY et al., 2013 apud INCA, 2018).

No Brasil, estima-se entre 2018-2019 o surgimento de 600 mil novos casos de câncer para cada ano. Sendo desse total que 68.220 sejam de câncer de próstata, correspondendo a um risco estimado de 66,12 novos casos a cada 100 mil homens (INCA, 2018).

Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o CA de próstata é o de maior ocorrência entre os homens em todas as regiões do país, sendo 96,85/100 mil na Região Sul, 69,83/100 mil na Região Sudeste, 66,75/100 mil na Região Centro-Oeste, 56,17/100 mil na Região Nordeste e 29,41/100 mil na Região Norte (INCA, 2018).

5.5 SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

O câncer de próstata em sua fase inicial não apresenta sinal ou sintoma relacionado à doença. Ao surgirem os sintomas, normalmente a doença já alcançou um estágio mais avançado, tornando mais difícil o sucesso do tratamento. Os principais sintomas relacionados ao CA de próstata são jato urinário fraco, disúria, hematúria, poliúria e dor nos ossos, principalmente na região do quadril e lombar (DAMIÃO et al., 2015).

Segundo Santiago et al. (2013) com a evolução dos métodos de diagnóstico, tais como: dosagem sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA), toque retal, ultrassonografia transretal, biópsia, em conjunto com a elevação da expectativa de vida nota-se um aumento de novos casos de CA de próstata.

5.5.1 Antígeno Prostático Específico (PSA)

O PSA é uma proteína produzida no epitélio prostático e excretada no fluido seminal cuja função principal é a liquefação do fluido seminal, e dentro da normalidade sua concentração no plasma é pequena (NARDOZZA, ZERATI, REIS, 2010).

Seu aumento na concentração plasmática é devido à ocorrência de lise celular, ocasionando assim sua liberação para a corrente sanguínea. Traumas prostáticos, uretral, infecções e neoplasias malignas também são fatores que podem elevar os níveis plasmáticos do PSA (NARDOZZA, ZERATI, REIS, 2010).

Outros fatores que podem influenciar os níveis séricos de PSA são etnia, idade e índice de massa corpórea (IMC). Homens negros também apresentam níveis mais elevados do PSA em comparação com brancos, provavelmente por apresentarem maior expressão do PSA por parte do tecido prostático benigno (NARDOZZA, ZERATI, REIS, 2010).

O valor dessa proteína até 4,0 ng/ml é considerado como normal, enquanto valores de PSA entre 4 a 10 ng/ml ou maior que 10 ng/ml apresentam respectivamente 30% e 62% de chances de CA de próstata. Mesmo em pacientes com PSA menor que 0,5 ng/ml, existe uma probabilidade de 6,6% de chance de câncer de próstata, sendo assim não há nível de PSA na qual o homem esteja seguro da presença de câncer de próstata (NARDOZZA, ZERATI, REIS, 2010).

5.5.2 Toque Retal

No rastreamento primário, o toque retal da glândula juntamente com o PSA, são os procedimentos utilizados para a detecção do CA de próstata. O toque retal tem como principal função avaliar a consistência e o tamanho da glândula com o intuito de identificar a presença de nódulos. Entretanto, o toque apresenta algumas limitações, pois é somente possível a palpação das porções lateral e posterior da glândula (AMORIM, et al., 2011).

Segundo Gomes et al. (2008), apesar de necessário, o toque retal continua sendo uma barreira para a realização do exame, por causar constrangimento, pois pode ser visto como uma ofensa ou comprometimento da masculinidade do homem.

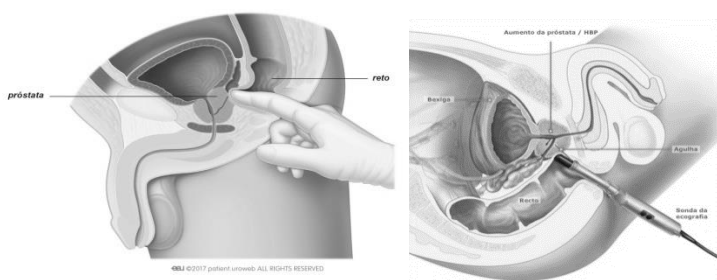


Figura 1. Ilustração de um exame toque retal e de uma ultrassonografia transretal (USGTR).

5.5.3 Ultrassonografia e Biopsia Transretal (USGTR)

A ultrassonografia transretal da próstata tem importante papel na detecção do CA de próstata por permitir identificar lesões de malignidade e melhorar a precisão da biopsia da glândula. Cerca de 37,5% das lesões malignas são diagnosticadas pela USGTR, porém 50% das lesões não palpáveis com dimensões maiores que 1cm em seu maior diâmetro não são detectáveis no ultrassom. A função principal da ultrassonografia transretal no diagnóstico de câncer de próstata é a possibilidade de uma biopsia precisa e direcionada de áreas suspeitas da próstata (DORNAS et al., 2008).

A realização da biópsia da próstata é indicada a todos os pacientes que apresentam maior consistência da glândula ou com aumento dos níveis plasmáticos do PSA. Essas mudanças podem representar a presença de adenocarcinoma prostático em 5% a 95% dos casos. O diagnóstico definitivo do câncer de próstata é confirmado com o resultado positivo de malignidade da biópsia (SROUGI, 2008).

6. PREVENÇÃO

Apesar de existirem programas de prevenção de CA de próstata, não existem meios seguros e específicos para a não ocorrência da doença (INCA, 2008).

A prevenção do CA de próstata pode ser dividida em duas categorias de programas: a primária e a secundária. A prevenção primária intervém no surgimento da enfermidade enquanto a secundária procura diagnosticar a doença precocemente através de rastreamento com o intuito de diminuir a mortalidade ocasionada pela doença (GOMES et al., 2008).

A prevenção primária visa a redução à exposição aos agentes causadores de risco como dieta inadequada, estilo de vida, sedentarismo, tabagismo, vírus e exposição solar. A prevenção secundária

consiste na adoção de procedimentos que possibilitem o diagnóstico precoce das lesões pré-cancerosas, melhorando o prognóstico do paciente (TONON et al., 2009 apud BACELAR JÚNIOR et al., 2015).

Segundo INCA (2017) é sabido que dietas ricas em cereais, grãos, legumes, frutas e verduras e com pouca gordura principalmente de origem animal, podem ajudar a diminuir o risco de câncer e também de outras doenças crônicas não transmissíveis. Assim, hábitos saudáveis são recomendados como atividade física, evitar o tabagismo e consumo de álcool e manter o peso adequado.

Mesmo conhecendo os benefícios causados pelo rastreamento do CA de próstata no intuito de diagnosticar precocemente a doença, não é indicado o rastreamento amplo, pois, há possibilidade de ocorrência de resultados falso-positivos, infecções e hemorragias resultantes de biópsias, além da ansiedade associada ao diagnóstico de câncer (INCA, 2013).

Segundo Dornas (2008), o toque retal e a dosagem sérica do PSA são as formas mais aceitas de rastreamento de câncer de próstata, sendo assim, o indivíduo que apresentar alteração no toque retal e elevação do PSA apresenta um risco aumentado de desenvolver câncer de próstata.

Em 2008, surgiu no Brasil uma campanha com o intuito de chamar a atenção para o câncer de próstata promovido pelo Instituto Lado a Lado Pela Vida (ILLPV), uma organização não governamental (ONG). A princípio foi chamada de “Um Toque, Um Drible” que passou a se chamar de Novembro Azul em 2012. Essa campanha foi criada para contemplar questões voltadas à saúde do homem, com foco no câncer de próstata e divulgação pela mídia, médicos e profissionais de saúde (MODESTO et al., 2018).

Apesar de toda atenção voltada para a campanha, existem muitas discussões sobre os benefícios e riscos causados pelo rastreamento do CA de próstata. Estudos realizados por entidades tais como United States Preventive Services Task Force (USPSTF), o United Kingdom National Screening Committee, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), Ministério da Saúde (MS) e o European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP) demonstram que os benefícios são menores que os malefícios citados anteriormente alegando não existir evidências na época que o rastreamento indicasse ao indivíduo uma redução de mortalidade pelo fato do não conhecimento natural da etiologia da doença e pela falta de evidência da efetividade e custo-efetividade do tratamento do CA de próstata localizado (MODESTO et al., 2018).

Mesmo com toda divulgação na mídia, o INCA/Ministério da Saúde cita uma nota referente ao Novembro Azul não recomendando o rastreamento do câncer de próstata, concluindo que:

Por existirem evidências científicas de boa qualidade de que o rastreamento do câncer de próstata produz mais dano do que benefício, o Instituto Nacional de Câncer mantém a recomendação de que não se organizem programas de rastreamento para o câncer da 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 esta prática (INCA, 2013, p. 5).

6.1 RASTREAMENTO DE CA DE PRÓSTATA

A partir da segunda metade da década de 80, foi introduzida a dosagem do PSA na prática clínica, ocorrendo uma mudança radical no diagnóstico de CA de próstata. Antes da introdução do PSA, a maioria dos diagnósticos da doença já se encontravam em estágios mais avançados, podendo estar já em fase de metástase (BERGER, Milton, 2011).

Há mais de dez anos no Brasil, apesar das controvérsias, a maior parte dos urologistas ainda recomendam a realização da dosagem do PSA e do exame digital como forma de rastreamento do câncer de próstata (MODESTO et al., 2018).

Atualmente, com o uso frequente do PSA, a maioria dos tumores de próstata são diagnosticados em estágio inicial, sendo que os métodos de tratamento mais utilizados são a radioterapia e a prostatectomia radical (BERGER, Milton, 2011).

Desde os anos 90, países europeus e norte americanos vem realizando estudos sobre o rastreamento indiscriminado de larga escala na população masculina para o diagnóstico precoce de CA de próstata com o objetivo de analisar as vantagens e desvantagens obtidas pelo método (WROCLAWSKI, 2017).

Dentre estes estudos sobre o assunto, entre eles, *US Preventive Service Task Force (USPSTF)*; *European Randomized study of Screening for Prostate Cancer*; *Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial*; *United Kingdom National Screening Committee*, entre outros, vem demonstrando resultados contra o rastreamento da doença, com o argumento de que os potenciais malefícios vem superando os questionáveis benefícios (WROCLAWSKI, 2017).

Em 2012 a *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)* e *Cochrane Collaboration* publicaram uma recomendação contrária ao rastreamento de CA de próstata, sendo

que no ano seguinte o INCA também recomendou que não fizessem campanhas de rastreamento populacional para a neoplasia, baseado em evidências científicas confiáveis de que o *screening* (rastreamento) produziria mais malefícios que benefícios à saúde (MODESTO et al., 2018).

Estas determinações são resultados obtidos por meios de ensaios clínicos realizados por mais de 10 anos de seguimento que demonstraram que o rastreamento baseado no PSA e toque retal não diminuiu a mortalidade geral dos homens e mudou discretamente a mortalidade específica por CA de próstata. Isso confirmou que o pequeno benefício não compensou os inúmeros riscos pertinentes à biópsia prostática, sequelas do tratamento, o sobrediagnóstico e o impacto psicológico de resultado falso-positivo (MODESTO et al., 2018).

É sabido que quando o CA de próstata é diagnosticado em sua fase inicial, a pessoa pode ser curada pelo tratamento de radioterapia ou prostatectomia radical, sendo os dois métodos eficientes, embora o método cirúrgico tenha se mostrado mais eficiente. Porém, algumas consequências decorrentes do tratamento podem ocorrer na maioria dos casos, como incontinência urinária e disfunção erétil (BERGER, Milton, 2011).

Algumas vantagens quanto ao rastreamento de CA de próstata devem ser levadas em conta, tais como: a doença tem mais chance de cura quando detectada precocemente; dosagem de PSA e exame de toque retal são exames simples e largamente disponíveis; para alguns homens é preferível saber a ausência ou presença da doença, mesmo sabendo que as vantagens de tratamento não estejam claras (BERGER, Milton, 2011).

Na contramão, existem as desvantagens, que também devem ser destacadas: boa parte dos casos de CA de próstata tem crescimento muito lento, não interferindo na expectativa de vida do homem; nem todo CA de próstata necessita de tratamento; impacto psicológico negativo de um resultado positivo; não existem evidências que o rastreamento diminua a mortalidade pela doença (BERGER, 2011).

Segundo Wroclawki (2017), o rastreamento indiscriminado pode trazer mais malefícios do que benefícios ao paciente, pois biópsias prostáticas desnecessárias podem acarretar em possíveis efeitos colaterais, como sangramentos e infecções, e também favorece o *overdiagnosis* (diagnóstico verdadeiro, porém desnecessário, podendo causar mais danos que benefícios) e *overtreatment* (excesso de tratamento) do CA de próstata, fazendo tumores não significativos serem diagnosticados e tratados, trazendo nenhum benefício ao paciente e como resultado acarretando em efeitos adversos como disfunção erétil, incontinência urinária e conseqüentemente uma piora na qualidade de vida.

Sabendo que o diagnóstico precoce do CA de próstata não diminui o impacto na mortalidade, pelo motivo da detecção indiferenciada de tumores graves e iniciais, os quais não irão progredir, ou caso progridam, farão de forma tão lenta que não irão causar a morte dos homens acometidos. Diante deste fato, não há motivos para estimular um rastreamento de CA de próstata por qualquer método e em qualquer idade (MODESTO et al., 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todos estes fatos, ainda não existe um consenso firmado entre realizar ou não o rastreamento da doença e a controvérsia, portanto, ainda é mundial.

No Brasil, como já foi citado anteriormente, os médicos urologistas continuam usando o método de rastreamento com dosagem de PSA e exame de toque retal, e segundo a *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*, o rastreamento deve ser feito de maneira individualizada, recomendando aos médicos a informarem aos seus pacientes os benefícios e malefícios causados pelo uso do PSA e o toque retal para diagnóstico de CA de próstata. Talvez caiba o rastreamento em pacientes de risco, como homens com idade entre 55 a 69 anos, presença de histórico familiar de câncer e homens negros.

Sendo assim, cabe aos médicos competentes aplicar estratégias individualizadas de rastreamento, adaptando cada indivíduo de acordo com seu grau de risco, e sempre compartilhando a decisão junto com o paciente, colocando na balança os riscos e benefícios do rastreamento.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 347-356, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200016&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2018.

BACELAR JUNIOR, A. et al. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*, v. 10, n. 3, p. 40-46, 2015.

BERGER, Milton. Câncer de próstata: rastrear ou não rastrear?. *Revista HCPA*. Porto Alegre. Vol. 31, n. 3, (2011), p. 393-394, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física./ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:

Revista Saúde UniToledo, Araçatuba, SP, v. 03, n. 01, p. 63-76, abr. 2019.

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sumario_executivo_politicas_acoes_prevencao_cancer.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Série B. Textos Básicos de Saúde. – Brasília DF, 2009. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH_DOC_PNAISH--Principios-e-Diretrizes.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2018.

DAMIÃO, Ronaldo et al. Câncer de próstata. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 14, 2015.

DE PAIVA, Elenir Pereira; DA MOTTA, Maria Catarina Salvador; GRIEP, Rosane Harter. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 1, p. 73-80, 2011.

DORNAS, Maria et al. Câncer de próstata. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 7, n. 1, 2008.

FERLAY, J. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, cancer incidence and mortality worldwide. Lyon, France: IARC, 2013. (IARC CancerBase, 11). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, p. 105-109, 2005.

GOMES, Romeu et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 235-246, 2008.

GOMES, Romeu et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Ciência & saúde coletiva, v. 13, p. 1976, 2008.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 565-574, 2007.

INCA: Estimativa 2018. <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

INCA: Cartilha câncer de próstata 2017. <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/cartilha_cancer_prostata_2017_final_WEB.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). Rastreamento do câncer de próstata. INCA, 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 129 p. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

MODESTO, Antônio Augusto Dall’Agnol et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, n. 64, p. 251-262, Mar. 2018.

Revista Saúde UniToledo, Araçatuba, SP, v. 03, n. 01, p. 63-76, abr. 2019.

NARDOZZA JÚNIOR, A.; REIS, R.B. Urologia Fundamental. São Paulo: Planmark, 2010. p. 190-191.

ROBBINS, S. L.; KUMAR, V. (ed.); ABBAS, A.K. (ed.); FAUSTO, N. (ed.). Patologia: Bases Patológicas das doenças. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SANTIAGO, Livia Maria et al . Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3535-3542, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200010&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2018.

SROUGI, Miguel et al. Doenças da próstata. Revista de Medicina, v. 87, n. 3, p. 9, 2008.

TONON, Thiarles Cristian Aparecido; SCHOFFEN, João Paulo Ferreira. Câncer de próstata: uma revisão da literatura. Saúde e Pesquisa, v. 2, n. 3, 2009.

WROCLAWSKI, Marcelo Langer. Nova recomendação do US Preventive Service Task Force para rastreamento do câncer de próstata: uma mudança necessária, mas ainda insuficiente. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 15, n. 3, p. 7-10, Sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000300007&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2018.