



Posicionamento da SBU, SBOC e SBRT sobre o rastreamento do câncer de próstata

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais incidente na população masculina em todas as regiões do país, atrás apenas dos tumores de pele não melanoma. No Brasil, estimam-se 71.730 novos casos de câncer de próstata por ano para o triênio 2023-2025. Atualmente, é a segunda causa de óbito por câncer na população masculina, reafirmando sua importância epidemiológica no país (INCA, 2022).

Vários fatores de riscos estão relacionados ao aumento da incidência do câncer de próstata, como histórico familiar deste câncer, principalmente antes dos 60 anos e a síndrome metabólica (até 56% mais risco) (ESPOSITO et al., 2013). Tais fatores também se associam ao achado de tipos histológicos avançados (INCA, 2021). Destacam-se também outros fatores de risco, como a etnia (homens negros são mais afetados) e a exposição a agentes químicos relacionados ao trabalho, que é responsável por 1% dos casos de câncer de próstata no país (BRASIL, 2021).

Dentre as ações para minimizar a morbidade associada ao câncer de próstata, a detecção precoce é de suma importância. O diagnóstico precoce está intimamente ligado à investigação de homens sem sintomas, já que a maioria dos tumores localizados são assintomáticos. As disposições contrárias ao rastreamento do câncer de próstata, em nível populacional, espelham outras diretrizes internacionais. Em 2018, os Estados Unidos revisaram suas diretrizes específicas e atualmente recomendam que homens discutam com seus médicos sobre o rastreamento do câncer de próstata entre os 55 e 69 anos. A revisão das diretrizes aconteceu após o aumento do número de casos de cânceres de próstata metastáticos (incuráveis) desde a recomendação contra o rastreio pelo PSA de 2012. No entanto, é reconhecido que a decisão final deve ser individualizada e baseada nas preferências do paciente, considerando potenciais riscos e benefícios (FLESHNER, 2017). No Reino Unido, os médicos devem informar aos homens sobre os benefícios e os riscos do rastreamento, para que eles possam tomar uma decisão informada. O rastreamento pode ser considerado em homens com maior risco, como os homens negros e aqueles com histórico familiar de câncer de próstata, ou em casos nos quais os sintomas indiquem a necessidade de investigação. O argumento principal contra o rastreamento é que os testes de triagem podem levar a resultados falsos positivos, que podem levar a tratamentos desnecessários e

efeitos colaterais indesejados ou ainda diagnosticar a doença de baixo risco, para a qual não haveria necessidade de tratamento imediato. O grande desafio no tratamento do câncer de próstata se centra na identificação dos tumores indolentes. Sabe-se que alguns poderão evoluir de forma lenta, sem chegar a apresentar sinais durante a vida e sem ameaçar a saúde do homem (BELL et al., 2015). Muitos homens com a doença menos agressiva tendem a morrer com o câncer em vez de morrer do câncer, mas nem sempre é possível dizer, no momento do diagnóstico quais tumores terão comportamento agressivos e quais terão crescimento lento (SCHWARTZ, 2005).

Apesar de posicionamentos que espelham parcialmente diretrizes de outros países, é imprescindível ressaltar que todos os dados que temos atualmente sobre rastreamento e seu impacto em sobrevida no câncer de próstata não abrangem a população brasileira. Nossa população tem suas peculiaridades, como uma maior porcentagem de pessoas afrodescendentes em comparação com as populações incluídas nos principais estudos internacionais sobre rastreamento. Compreendemos que a etnia é um fator que pode aumentar a incidência e a gravidade dos casos. Os mecanismos genéticos de predisposição e progressão do câncer de próstata em nossa população muito provavelmente são distintos de populações caucasianas incluídas na literatura atual (HUGOSSON, 2018. HUGOSSON, 2019). Há também aspectos sociais gritantemente diferentes. Em nossa sociedade há grande disparidade educacional/econômica, o que pode afetar o acesso e a compreensão de parte da população masculina sobre questões importantes relativas ao rastreamento. A conjunção desses fatores pode restringir o acesso e potencialmente ocasionar prejuízo irreparável sobre a população de risco mais elevado, que deve ser acompanhada mais de perto.

O fato é que a relevância e o impacto negativo do câncer de próstata nos homens brasileiros não podem ser negligenciados. Os dados mais atuais mostram que 27% dos pacientes no SUS hoje são diagnosticados com doença metastática (estágio IV) (HERCHENHORN, 2023), ou seja, uma doença para a qual não há mais possibilidade de cura. Mais de um quarto dos homens diagnosticados com câncer de próstata no Brasil inexoravelmente irão morrer dessa doença, caso seja mantida a cobertura de detecção e assistência atual. Essa proporção é elevada mesmo em comparação a outros países que não utilizam rastreamento populacional de rotina. A detecção de doença localizada, cujo alicerce é o rastreamento, se correlaciona a índices de cura superiores a 90%, o que certamente mudaria de forma significativa o quadro lamentável atual. Apesar de todas as limitações, o diagnóstico desse câncer na sua fase inicial, quando ainda não há sintomas da doença, se correlaciona a redução da mortalidade por câncer de próstata, como indicado por múltiplas evidências mais atuais. Portanto, dentre as ações para

minimizar a morbidade associada ao câncer de próstata a detecção precoce se destaca com importância singular.

Durante anos, o Brasil tem trabalhado de forma a diminuir o preconceito sobre o tema, facilitando o aceite da população ao exame clínico incluindo o toque retal com avaliação da próstata. A ida ao urologista constitui em muitos casos a única oportunidade que o homem comparece ao médico de forma preventiva no Brasil. Estigmatizar novamente a importância do cuidado com a saúde da próstata reduzirá significativamente a oportunidade do diagnóstico precoce do câncer de próstata e de outras doenças que afetam a saúde dos homens brasileiros.

Logo, as Sociedades Brasileiras de Urologia (SBU), de Oncologia Clínica (SBOC) e de Radioterapia (SBRT) recomendam que sejam adotadas estratégias de disseminação de informações para a população sobre os sinais de alerta do câncer de próstata, sua prevalência e a importância de discutir individualmente o rastreamento considerando que a doença é completamente assintomática em seus estágios iniciais. Para pacientes de maior risco, é recomendada discussão individual sobre potenciais benefícios e riscos do rastreamento do câncer de próstata com PSA. Esses grupos correspondem a homens acima de 50 anos, que tenham expectativa de vida maior de 10 anos, e pacientes entre 40 e 50 anos com histórico familiar, de etnia negra e mutação patogênica no gene BRCA (MOTTET, 2021). Essa discussão deve também envolver a possibilidade do diagnóstico de tumores de próstata indolentes ou que não necessitam de tratamento imediato; possíveis riscos relacionados aos tratamentos e aos impactos negativos na qualidade de vida. E diante de um diagnóstico positivo, é crucial adequar as intervenções (vigilância ativa, cirurgia, radioterapia e terapias sistêmicas) às características do tumor identificado.

Referências:

1. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>>.
2. ESPOSITO, K. et al. Effect of metabolic syndrome and its components on prostate cancer risk: meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation*. v. 36, n. 2, p. 132-9, Feb 2013. ISSN 1720-8386.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Atlas do Câncer Relacionado ao Trabalho no Brasil: Análise Regionalizada e Subsídios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

4. FLESHNER, K., et al. The effect of the USPSTF PSA screening recommendation on prostate cancer incidence patterns in the USA. *Nat Rev Urol*, 2017. 14: 26.
5. BELL, K. J. L. et al. Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. *International Journal of Cancer*, [New York], v. 137, n. 7, p. 1749-1757, 1 Oct 2015.
6. SCHWARTZ, K.; DESCHERE, B.; XU, J. Screening for prostate cancer: who and how often? *The Journal of Family Practice, United States*, v. 54, n. 7, Jul. 2005.
7. KLOTZ L. Active surveillance: an individualized approach to early prostate cancer. *BJU International*. 2003 Oct;92(6):657.
8. HUGOSSON, J., et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol*, 2019. 76: 43.
9. HUGOSSON, J., et al. Eighteen-year follow-up of the Göteborg Randomized Population-based Prostate Cancer Screening Trial: effect of sociodemographic variables on participation, prostate cancer incidence and mortality. *Scand J Urol*, 2018. 52: 27
10. HERCHENHORN, D et al Prostate cancer public health system database from Brazil: Racial disparities and heterogeneity of treatment interventions to understand evidence-based practice patterns in a large real-world database. *Journal of Clinical Oncology* 41, no. 16_suppl (June 01, 2023) 5025-5025.
11. MOTTET N, et al EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Eur Urol*. 2021 Feb;79(2):243-262.