



Como é a adesão de professores universitários ao rastreamento do câncer de próstata?

Luiz Carlos Maciel (1), Angelo de Medeiros Francilaide Campos (2), Gustavo Notari de Moraes (1), Frederico Vilela de Oliveira (1), Anna Karina P. Sarpe (3), Luiz Fernando C. Nascimento (4)

(1) Médico urologista, professor da disciplina de Urologia, Universidade de Taubaté, SP, Brasil; (2) Médico urologista, Natal, Brasil; (3) Médica residente, Cirurgia Córdio-Vascular, Hospital dos Servidores do Estado de São Paulo; (4) Professor da disciplina de Epidemiologia da Universidade de Taubaté, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CP) é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente tumor sólido entre homens. Maiores incidências são vistas na Austrália, América do Norte e países escandinavos, provavelmente devido aos mais avançados programas de rastreamento de que dispõem essas regiões. Dados do ano de 2008 apontam o CP como o mais prevalente no Brasil, excluindo-se os melanomas (1).

Esta doença apresenta incidência de 543 mil casos novos/ano no mundo, dos quais 15,3% em países desenvolvidos e 4,3% em países em desenvolvimento (1). A etiologia ainda não está bem esclarecida; no entanto, fatores como idade, raça e história familiar aparecem como fatores de risco isolados para desenvolvimento do CP (2).

O diagnóstico precoce pode ser feito por métodos de rastreio em assintomáticos através do exame digital retal (EDR) e da dosagem dos níveis séricos de antígeno prostático específico (PSA). Esses testes apresentam baixo custo, boa sensibilidade e especificidade (3, 4). EDR e PSA devem ser avaliados anualmente se houver predisposição por faixa etária (5).

Na última década, houve aumento do diagnóstico do tipo de câncer em questão em estágios precoces devido à disseminação do uso do PSA e EDR como método de rastreamento (6). Deste modo, em 15 anos de programas de prevenção, houve evolução importante do método de rastreio do CP, deixando de ser uma situação quase desconhecida para uma das áreas de maior pesquisa (7). Por outro lado, em contraste com essa evolução, bem como um maior número de informações sobre a doença, a aderência aos testes diagnósticos permanece baixa (3), apesar da recomendação da Sociedade Brasileira de Urologia de avaliações periódicas a partir dos 45 anos de idade para homens com fatores de risco e a partir dos 50 anos para aqueles que não os possuem.

A avaliação da adesão dos professores universitários ao rastreamento do câncer de próstata pode nos oferecer uma informação sobre a importância dada a esta prática por esses indivíduos, que são considerados informados e com acesso à saúde.

OBJETIVO

O presente estudo apresenta, como objetivo primário, avaliar o grau de adesão a programas de prevenção ao CP entre professores de uma universidade, bem como correlacionar tais dados aos respectivos perfis socioeconômicos e de áreas de atuação laboral dos mesmos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Entre janeiro e agosto de 2009, uma amostra de 146 professores do sexo masculino, entre 40 e 75 anos de idade, em cada departamento de uma universidade, foi selecionada de modo randomizado, que fosse submetida a um estudo observacional transversal. A amostra incluiu professores efetivos e temporários, mas excluiu professores aposentados ou afastados por motivos de ordem médica.

Através de entrevistas individualizadas, um questionário previamente desenvolvido foi aplicado. Tal questionário registrou o departamento do entrevistado, bem como sua idade, doenças pré-existentes, história de tabagismo, história familiar de CP ou de mama em parentes de primeiro grau e o comportamento preventivo contra o câncer de próstata.

Consideramos comportamento preventivo contra o câncer de próstata a realização correta do rastreamento, conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia. Ele se dá quando o indivíduo realiza o rastreamento com PSA e EDR anualmente a partir dos 50 anos, aos 45, se houver fatores de risco.

Termos de consentimento informado foram obtidos de todos os participantes do estudo. Análise univariada ou multivariada, quando apropriadas, foram aplicadas, e a significância estatística foi considerada quando $p < 0,05$.

Este projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade (Protocolo CEP/UNITAU n. 103/08).

RESULTADOS

Ao final das entrevistas, obtivemos 146 questionários respondidos.

Os indivíduos foram separados por faixa etária e agrupados em três departamentos, que foram: Ciências Biológicas, Ciências Humanas e Ciências Exatas (Tabela-1).

Considerando a idade, 20 (13,7%) estavam entre os 40 e os 45 anos de idade, 68 (46,6%) entre 46 e 55 anos de idade, 49 (33,6%) entre 56 e 65 anos de idade e 9 (6,2%) entre 66 e 75 anos de idade.

Analisando as comorbidades, observamos que 13 (8,9%) eram portadores de diabetes mellitus (DM), 41 (28,1%) tinham hipertensão arterial sistêmica, 25 (17,1%) possuíam dislipidemia e 5 (3,4%) eram asmáticos. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparamos a presença de comorbidades entre as três áreas.

Entre os professores entrevistados, 32 (21,9%) relataram história familiar de CP ou mama em parentes de primeiro grau. Entre eles, 29 (90,6%) já haviam se submetido à avaliação prostática e 22 (68,8%) já haviam feito rastreamento anual. Não houve significância estatística comparando história familiar de CP ou mama e o rastreamento para CP na amostra estudada ($p=0.489$) (5).

Entre o total de sujeitos do estudo, 62 (42,5%) nunca haviam se submetido ao exame digital retal. Considerando as práticas preventivas periódicas, 127 (87%) já tinham conhecimento das mesmas, mas 19 (13%) nunca se submete-

Tabela 1

	Ciências Exatas	Ciências Biológicas	Ciências Humanas	Total
Número de professores	52 (35,6%)*	55 (37,7%)*	39 (26,7%)*	146 (100,0%)
40 a 45 anos	8	6	6	20
46 a 55 anos	25	25	18	68
56 a 65 anos	15	21	13	49
66 a 75 anos	4	3	2	9
PSA+EDR	27	32	32	81
PSA	16	16	11	43
Nunca realizou exames	9	7	3	19
EDR	0	0	3	3
US transretal com biopsia	2	1	1	4
Exames realizados anualmente	27	36	24	87

EDR= Exame digito retal da próstata; PSA= Antígeno prostático específico

ram a qualquer avaliação.

Entre os professores das Ciências Biológicas, 32 (58,2%) haviam se submetido a exames de PSA e EDR como métodos de rastreamento; 16 (29,1%) apenas a PSA e 7 (12,72%) nunca haviam se submetido a qualquer exame. Nenhum se submeteu apenas a EDR e um (1,9%) se submeteu à biópsia de próstata. Dentre os 55 professores dessa área, 36 (65,45%) referiram práticas anuais de prevenção ao CP.

No grupo das Ciências Exatas, 27 (51,9%) se submeteram a PSA e EDR, 16 (30,76%) apenas a PSA, 9 (17,3%) nunca se submeteram a quaisquer exames preventivos, nenhum se submeteu apenas a EDR e 2 (3,8%) já haviam se submetido à biópsia prostática. Entre todos os entrevistados desse grupo, 27 (51,9%) referiram avaliação prostática anualmente.

No grupo das Ciências Humanas, 22 (56,41%) se submeteram a EDR e PSA, 11 (28,2%) se submeteram apenas a PSA, 3 (7,7%) nunca se submeteram a exames preventivos e 1 entrevistado (2,6%) já havia se submetido à biópsia de próstata. Do total de indivíduos, 24 (61,53%) dos professores já haviam se submetido a algum tipo de exame prostático anualmente.

Ultrassom suprapúbico associado com outros testes de avaliação foram relatados por 47 (32,2%) professores entrevistados, dos quais 21 (38,2%) foram das Ciências Biológicas, 17 (32,7%) das Ciências Exatas e 9 (23%) das Ciências Humanas.

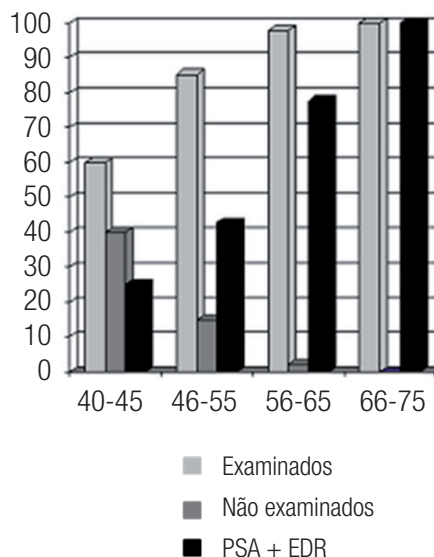
Comparando os testes de rastreamento como medidas práticas preventivas entre as três áreas, nenhuma significância estatística foi observada ($p=0,4$).

As práticas preventivas entre os diferentes grupos de idade mostraram que: entre 40 e 45 anos de idade, 12 (60%) se submeteram às avaliações; entre 46 e 55 anos de idade, 58 (85,3%) se submeteram às avaliações; entre 56 e 65, 48 (97,9%) se submeteram aos exames; entre 66 e 75 anos de idade, 9 (100%) referiram já ter realizado os exames (Figura-1).

Por outro lado, comparando PSA e EDR como métodos de rastreamento, constatou-se que 5 (25%) entre 40 e 45; 29 (42,6%) entre 46 e 55; 38 (77,5%) entre 56 e 65 anos de idade e todos entre 66 e 75 anos de idade se submeteram aos dois testes, com significância estatística ($p < 0.001$) (6).

Vinte e quatro médicos (92,3%) e professores do Departamento de Medicina referiram realização de prevenção para CP. Dessa amostra, 17 (65,4%) se submeteram ao EDR e PSA, 7 (26,9%) apenas ao PSA, 2 (7,7%) a nenhum tipo de exame, nenhum se submeteu apenas ao EDR e 14 (53,8%) realizaram ultrassom suprapúbico em conjunto com

Figure 1



outros exames. Analisando a frequência de sua realização, 19 (73,1%) foram submetidos anualmente ao EDR e 9 (34,6%) nunca se submeteram ao EDR (7).

DISCUSSÃO

O CP é o mais prevalente tipo de câncer entre homens e o sexto tipo mais comum no mundo (1). No Brasil, bem como em outros países, a incidência e o perfil de morbimortalidade sofreu mudanças na última década (8). Tais mudanças ocorreram devido ao uso de métodos de rastreamento e ao aumento da expectativa de vida da população (3).

Os benefícios populacionais dos métodos de rastreamento do câncer de próstata ainda são controversos, mas sinalizam um declínio nas taxas de mortalidade observadas nas áreas onde são realizados (9, 10). Estudos relatam que os primeiros sinais de sucesso do rastreamento de CP baseado no PSA se deram com a redução de aproximadamente 70% de homens com doença metastática ao momento do diagnóstico (11, 12).

Entretanto, como seu tratamento depende do estadiamento clínico, mesmo se um aumento de sobrevida é visto quando indicado tratamento em momentos precoces, muitos homens recebem tratamentos desnecessários e se deparam com os efeitos colaterais urinários e sexuais, com impacto na qualidade de vida. Estes representam a principal limitação de um programa de rastreamento preventivo global (7).

O PSA foi primeiramente introduzido nos Estados Unidos, na década de 80, para acompanhamento e monitoramento do CP, sendo subsequentemente utilizado como um método de rastreamento. Na década de 90, a Associação Americana de Urologia e a Sociedade Americana do Câncer recomendaram o seu rastreamento baseado no PSA e EDR (13).

A associação entre ambos os testes aumenta a sensibilidade diagnóstica de 30% a 80% (11). Quando ambos os testes são alterados, a especificidade diagnóstica fica em torno de 95% (10). Neste estudo, os autores evidenciaram que 55,5% se submeteram a exames preventivos com EDR e PSA, quando 29,5% utilizaram apenas o PSA.

O percentual de pacientes com diagnóstico de CP e níveis de PSA normais é significativo (19,5% dos casos). Da mesma forma, é preocupante o fato de que 5% dos tumores se apresentam com níveis muito baixos de PSA (11). Desconsiderando o PSA, um exame digital retal suspeito ou característico pode revelar câncer em 12,7% e 31% dos casos, respectivamente (11). Desse modo, a combinação dos dois é colaborativa e não competitiva para o combate à doença (11, 14). Um percentual significativo de professores avaliados apenas nos níveis de PSA torna o dado preocupante, considerando que o adequado é rastrear com EDR e PSA e que a realização de apenas um desses exames diminui significativamente a chance de diagnóstico precoce.

As principais limitações ao EDR são as grandes variabilidades entre os examinadores e a resistência dos pacientes (10). Do total de entrevistados em nossa série, 42,5% nunca se submeteram ao EDR, evidenciando que, mesmo entre em pessoas que toleram o exame e que têm facilidade de acesso à informação, ainda existem resistência e danos.

O presente estudo encontrou que 2% dos entrevistados foram submetidos apenas ao EDR, prática não recomendada isoladamente devido à especificidade e sensibilidade quando realizado sozinho (10). A prática comum de ultrassom suprapúbico como método de rastreamento, associado com outros exames ou com substitutivos do EDR, foi vista em um significativo percentual de casos (32,2%) dentre os entrevistados. Tal exame pode ser utilizado para avaliar o volume prostático, entretanto não é recomendado como método de rastreamento e seu uso não deveria substituir o EDR.

Em razão do seu baixo e insidioso crescimento, o tumor geralmente afeta pessoas acima de 50 anos e sem sintomas, até que se apresentem em estágios mais avançados (4, 15). Os autores revelaram altas positivities nos métodos de rastreamento em pacientes acima de 56 anos de idade, com taxas entre 97,9% e 100%. Como atualmente o ras-

treamento é recomendado após os 50 anos na população em geral, e após os 45 anos em pessoas com risco aumentado para a doença (5), esses achados evidenciaram uma significativa parcela de entrevistados acima de 46 anos. As baixas práticas de métodos preventivos foram vistas em professores entre 40 e 45 anos de idade.

Após a introdução da dosagem sérica do antígeno prostático específico, o diagnóstico do CP aumentou muito, de níveis em torno de 9% em 1985 para 16% em 2007 (16). Entretanto, desde poucos anos atrás, alguns autores têm se posicionado contra o rastreamento para CP. Eles dizem que tal câncer é comum na população masculina e que seu comportamento não é agressivo, de modo que muitos pacientes que se beneficiam desse diagnóstico podem não falecer por causa dele. Além disso, tais métodos preventivos podem causar mais danos aos pacientes, como sangramento, dor e infecção, além de poder causar aumento da morbidade e mortalidade por tratamento excessivo.

Contribuindo com essa teoria, séries de autópsia revelaram que 30% dos homens acima de 50 anos e 70% daqueles acima de 70 anos não tiveram o diagnóstico de CP (17). Além disso, dados preliminares de dois importantes estudos sobre rastreamento de CP foram contraditórios: um estudo europeu revelou um pequeno decréscimo na sua mortalidade, enquanto um estudo americano demonstrou nenhum decréscimo (16).

Médicos deveriam ser cuidadosos com níveis de PSA, pois um significativo quantitativo de resultados de PSA pode ser falso positivos, podendo tais resultados estar associados com outras patologias, como hiperplasia prostática benigna, prostatites, cistites, ejaculação recente, instrumentação urinária e trauma perineal (16). Da mesma forma, alguns estudos observacionais concluíram que os níveis de PSA podem alterar fisiologicamente (18).

De acordo com séries europeias, pesquisadores calcularam que 5,2 milhões de euros seriam necessários para a realização de testes preventivos e consequente tratamento para prevenir apenas uma morte por CP (18). Em 2011, o grupo americano de serviços de prevenção decidiu posicionar-se contra a realização de rastreamento de CP através do uso do PSA, informando que sua prática provavelmente não traz benefícios populacionais (19). Na tentativa de resolver tal controvérsia, talvez os médicos devam dividir com seus pacientes a decisão da realização de métodos diagnósticos preventivos para o CP, utilizando os termos de consentimento informado (19).

História familiar de CP em parentes de primeiro grau é um dos fatores de risco mais estabelecidos para a doença

(2). Em nosso estudo, história familiar positiva não influenciou na preocupação da doença por parte dos participantes do estudo. Entretanto, outro trabalho que avaliou prática de prevenção de câncer de mama com autoexame mensal entre médicas e enfermeiras revelou resultado oposto (20).

Um estudo com pacientes hipertensos e diabéticos revelou que 65% dos usuários de uma instituição não possuíam conhecimento algum acerca da prevenção ao CP (10).

Havia um grande *déficit* de informações sobre a doença, seus potenciais agravos e evolução silenciosa, além de cuidados para sua detecção precoce (21). O grupo de professores estudado pelos autores revelou que, mesmo quando se trata de pessoas com bom acesso à informação e bons serviços de saúde, 13% nunca se submeteram a exames para avaliação prostática e apenas 55,5% obtiveram realização de exames adequadamente.

Comparando as três áreas de atuação dos professores envolvidos na pesquisa, embora se espere maior preocupação sobre a doença entre aqueles das Ciências Biológicas, não houve diferença estatisticamente significativa na realização de práticas preventivas entre elas. Este é o primeiro estudo comparando aderência às práticas de prevenção do CP entre diferentes áreas, de modo que não é possível comparar nem discutir a relevância desses achados na literatura.

Um estudo que avaliou práticas de prevenção do CP entre médicos professores da Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais demonstrou que, mesmo quando comparados com indivíduos de áreas totalmente distintas das desses professores, 20,7% dos docentes com idade acima dos 50 anos nunca haviam se submetido à dosagem de PSA e EDR. Além disso, 36,2% dos entrevistados jamais se submeteram ao EDR. Avaliando as práticas preventivas entre professores médicos do Departamento de Medicina, os autores notaram que apenas dois deles (7,7%) nunca se submeteram a qualquer exame preventivo (3). Médicos que se preocupam com a própria saúde possuem baixa

aderência a cuidados de saúde primários, particularmente à prática de prevenção a doenças (20, 22, 23). Embora médicos tenham a mesma proporção de doenças crônicas da população em geral, requerendo práticas idênticas de prevenção, uma importante diferença é vista na facilidade que eles têm de acesso a serviços de saúde, especialmente para desordens psiquiátricas (23).

Ausência de informação e dificuldade de acesso a serviços de saúde são os principais impedimentos à prevenção de doenças na população, o que não ocorre entre os indivíduos estudados (3, 21). Informação disponível em panfletos, internet e televisão aumentou o conhecimento da população sobre o assunto, melhorando a percepção da saúde, revelando a importância do diagnóstico precoce e ajudando na decisão dos pacientes sobre os métodos de prevenção e suas escolhas sobre os testes disponíveis. A literatura 11 revela que esses métodos são igualmente efetivos quando informados sobre a doença e seus modos de prevenção (24, 25). Entretanto, ao contrário do conhecimento e da informação dos pacientes, os autores notaram que mesmo pessoas de grupos totalmente diferentes daquele dos sujeitos da pesquisa, mas com facilidade de acesso a exames de saúde, requerem promoção de educação que pode ser oferecida por profissionais da área da Saúde, estabelecendo melhores níveis de conhecimento sobre a doença, seus métodos de prevenção e tratamento (12).

CONCLUSÃO

Apesar da facilidade de acesso à informação e a métodos de prevenção do CP pelos professores entrevistados nesta pesquisa, a aderência a tais métodos preventivos permanece baixa. Mesmo entre os professores médicos, práticas de prevenção não foram significativas, demonstrando que é necessário intensificar as ações de promoção à saúde e educação, disseminando a importância do diagnóstico precoce do CP (13).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Próstata [texto na Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata+/definicao>>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil [texto na Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2007 [cited 2009 Nov 23]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>>.
3. Weiss JM, Huang WY, Rinaldi S, Fears TR, Chatterjee N, Hsing AW, et al. Endogenous sex hormones and the risk of prostate cancer: a prospective study. *Int J Cancer*. 2008;122:2345-50.



4. Miranda PS, Côrtes Mda C, Martins ME, Chaves PC, Santarosa RC. Practice of precocious diagnosis for prostate cancer among professors of the school of Medicine, Minas Gerais Federal University-Brazil. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2004;50:272-5.
5. Candas B, Cusan L, Gomez JL, Diamond P, Suburu RE, Lévesque J, et al. Evaluation of prostatic specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate cancer. *Prostate*. 2000;45:19-35.
6. Grubb RL, Roehl KA, Antenor JA, Catalona WJ. Results of compliance with prostate cancer screening guidelines. *J Urol*. 2005;174:668-72.
7. Pinthus JH, Pacik D, Ramon J. Diagnosis of prostate cancer. *Recent Results Cancer Res*. 2007;175:83-99.
8. Fleshner N, Zlotta AR. Prostate cancer prevention: past, present, and future. *Cancer*. 2007;110:1889-99.
9. Gomes R, Rebello LE, de Araújo FC, do Nascimento EF. Prostate cancer prevention: a review of the literature. *Cien Saude Colet*. 2008;13:235-46.
10. Bergstralh EJ, Roberts RO, Farmer SA, Slezak JM, Lieber MM, Jacobsen SJ. Population-based case-control study of PSA and DRE screening on prostate cancer mortality. *Urology*. 2007;70:936-41.
11. Dini LI, Koff WJ. Profile of prostate cancer at the general Hospital of Porto Alegre. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2006;52:28-31.
12. Antonopoulos JM, Pompeo ACL, El Hayek OR et al. Results of prostate cancer screening in non-symptomatic men. *Braz J Urol*. 2001; 27:227-34.
13. Loeb S, Catalona WJ. What to do with an abnormal PSA test. *Oncologist*. 2008;13:299-305.
14. Hoffman RM, Stone SN, Espey D, Potosky AL. Differences between men with screening-detected versus clinically diagnosed prostate cancers in the USA. *BMC Cancer*. 2005;5:27.
15. Quinlan MR, Teahan S, Mulvin D, Quinlan DM. Is digital rectal examination still necessary in the early detection of prostate cancer? *Ir J Med Sci*. 2007;176:161-3.
16. Pelzer AE, Colleselli D, Bektic J, Schaefer G, Ongarello S, Schwentner C, et al. Over-diagnosis and under-diagnosis of screen- vs non-screen-detected prostate cancers with in men with prostate-specific antigen levels of 2.0-10.0 ng/mL. *BJU Int*. 2008;101:1223-6.
17. Hoffman RM. Clinical practice. Screening for prostate cancer. *N Engl J Med*. 2011;365:2013-9.
18. Konety BR, Bird VY, Deorah S, Dahmouh L. Comparison of the incidence of latent prostate cancer detected at autopsy before and after the prostate specific antigen era. *J Urol*. 2005;174:1785-8.
19. Brett AS, Ablin RJ. Prostate-cancer screening--what the U.S. Preventive Services Task Force left out. *N Engl J Med*. 2011;365:1949-51.
20. McNaughton-Collins MF, Barry MJ. One man at a time - resolving the PSA controversy. *N Engl J Med*. 2011;365:1951-3.
21. Cavdar Y, Akyolcu N, Ozbaş A, Oztekin D, Ayoğu T, Akyüz N. Determining female physicians' and nurses' practices and attitudes toward breast self-examination in Istanbul, Turkey. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34:1218-21. *Erratum in: Oncol Nurs Forum*. 2008;35:25.
22. Vieira LJ, Santos ZM, Landim FL, Caetano JA, Sá Neta Cde A. Prevention of prostate cancer from the viewpoint of patients with arterial hypertension and diabetes mellitus. *Cien Saude Colet*. 2008;13:145-52.
23. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health*. 2007;45:599-610.
24. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008;58:501-8.
25. Ilic D, Egberts K, McKenzie JE, Risbridger G, Green S. Informing men about prostate cancer screening: a randomized controlled trial of patient education materials. *J Gen Intern Med*. 2008;23:466-71.
26. Krist AH, Woolf SH, Johnson RE, Kerns JW. Patient education on prostate cancer screening and involvement in decision making. *Ann Fam Med*. 2007;5:112-9.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Ângelo de M. F. Campos
Médico urologista - CRM/RN 5787
Avenida Afonso Pena, 754,
1º andar do Natal Hospital Center
Tirol, Natal/RN, CEP 59020-100
Telefone: (84) 3222-5600