

JORNADA DE
ATUALIZAÇÃO
MÉDICA

BATALHA

WWW.CREMAL.com.br



CREMAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Como maximizar benefício e reduzir sobrediagnóstico na prática clínica



PSA

DR. HUMBERTO MONTORO

Professor Urologia UFAL

Conselheiro CREMAL

A pergunta correta não é “pedir PSA ou não?”

É:

Para quem, quando, com qual intervalo e qual caminho após um resultado alterado?

**Objetivo: detectar câncer clinicamente significativo sem transformar todo PSA elevado em biópsia
— nem todo diagnóstico em tratamento.**

Rastreamento e diagnóstico precoce são estratégias diferentes

RASTREAMENTO

Pessoa assintomática

- Intervenção proposta a uma população
- Exige benefício líquido comprovado
- Pode ser populacional ou oportunístico

DIAGNÓSTICO PRECOCE

Pessoa com sinais ou sintomas

- Investiga uma suspeita clínica
- Não depende de “idade de rastreio”
- Sintomas não devem aguardar calendário

A doença é frequente; o comportamento biológico é heterogêneo

O desafio clínico

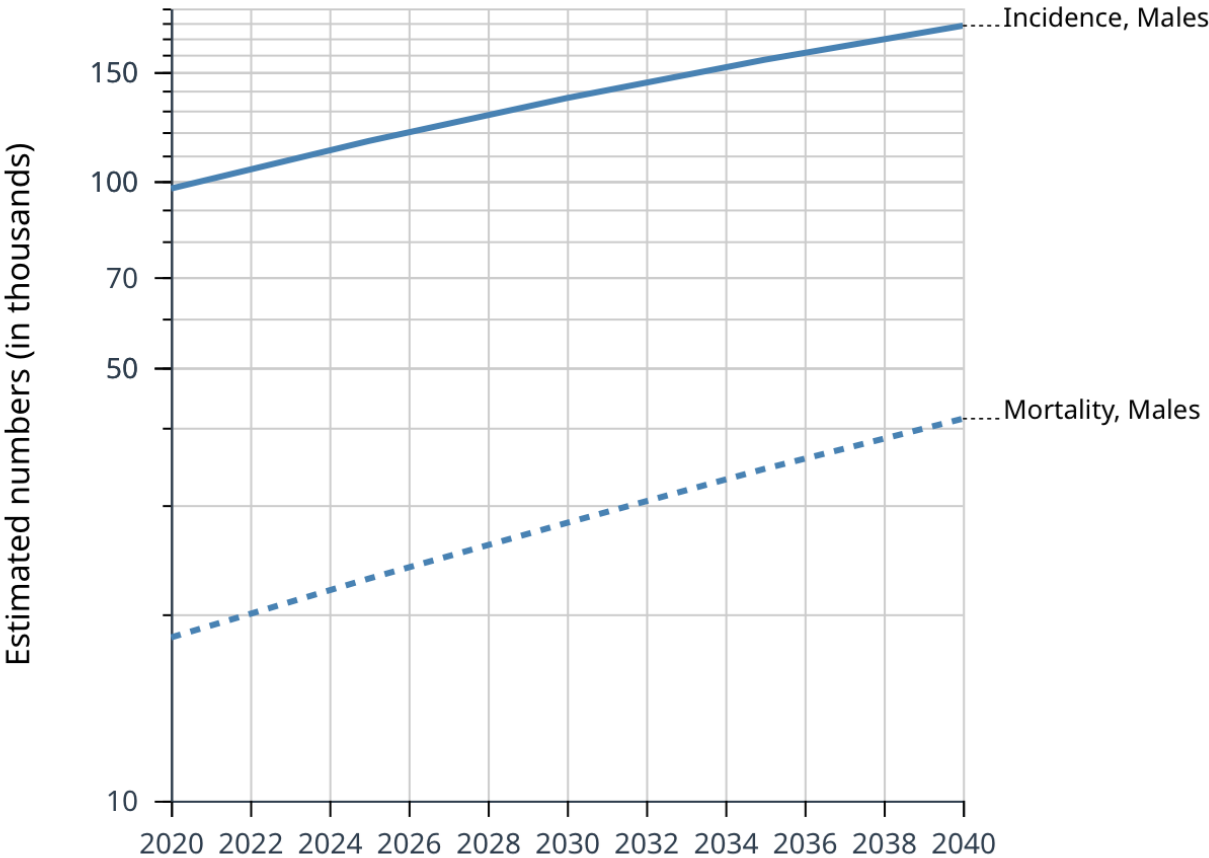
Encontrar cedo o tumor que ameaça a vida — e deixar indolente o que nunca causaria dano.

71.730

novos casos/ano estimados no Brasil
(triênio 2023–2025)

Incidência elevada ≠ benefício automático de rastreamento em massa.

ESTIMATIVA BRASIL 2020-40



Número de novos casos

Number of new cases		Change in number of cases
2020	2025	
97 278	116 094	+19.3%

Número de mortes

Number of new cases		Change in number of cases
2020	2025	
18 345	22 833	+24.5%

Câncer da Próstata

- ❑ 2º câncer mais frequente entre os homens após os tumores de pele (não-melanoma)
- ✓ 1 diagnóstico de câncer de próstata a cada 7 minutos
- ✓ 1 óbito pela doença a cada 40 minutos
- ✓ 25% dos portadores de câncer de próstata morrem devido a doença
- ✓ 20% dos pacientes com câncer de próstata são diagnosticados em estágios avançados

Câncer da Próstata

**Quando os sintomas
começam a aparecer**



**95% dos casos já estão
em fase adiantada**

**Não é possível
prevenir a doença**



**É possível diagnosticá-la
precocemente**

Diagnóstico precoce



**Chances de cura são
de 90%**

O PSA reduz mortalidade específica, mas o benefício absoluto é pequeno

CAP • 15 anos

0,69% vs 0,78%

mortalidade por câncer de próstata
RR 0,92 (IC95% 0,85–0,99)

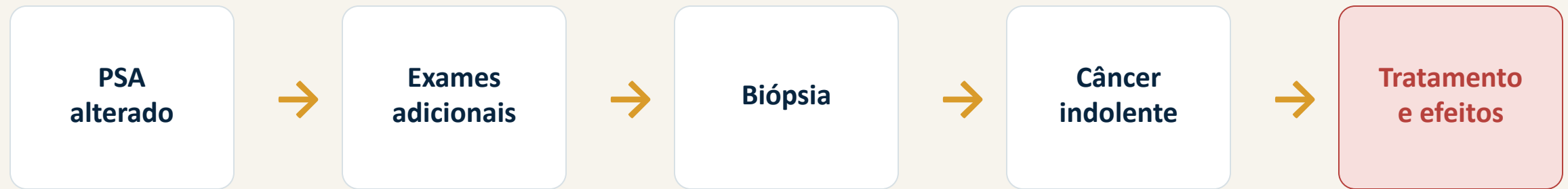
ERSPC • 23 anos

–13% mortalidade
específica

Redução absoluta: 0,22%
N convidar ≈ 456 para prevenir 1 morte

Mais diagnósticos acompanham o ganho de mortalidade.

O preço do rastreamento aparece em uma cascata de eventos



Sobrediagnóstico = câncer detectado que não causaria sintomas ou morte durante a vida do paciente.

Diretrizes internacionais convergem na decisão compartilhada

AUA/SUO 2026

PSA como teste inicial; estratégia baseada em risco

EAU 2026

Detecção precoce individualizada; evitar tumor insignificante

USPSTF

55–69 anos: decisão individual; ≥ 70 : não rastrear rotineiramente

MS/INCA

Não recomenda rastreamento populacional

SBU

Recomenda rastreamento – individualizada e compartilhada

Câncer De Próstata

FATORES DE RISCO

☐ Idade

☐ História familiar (hereditário)

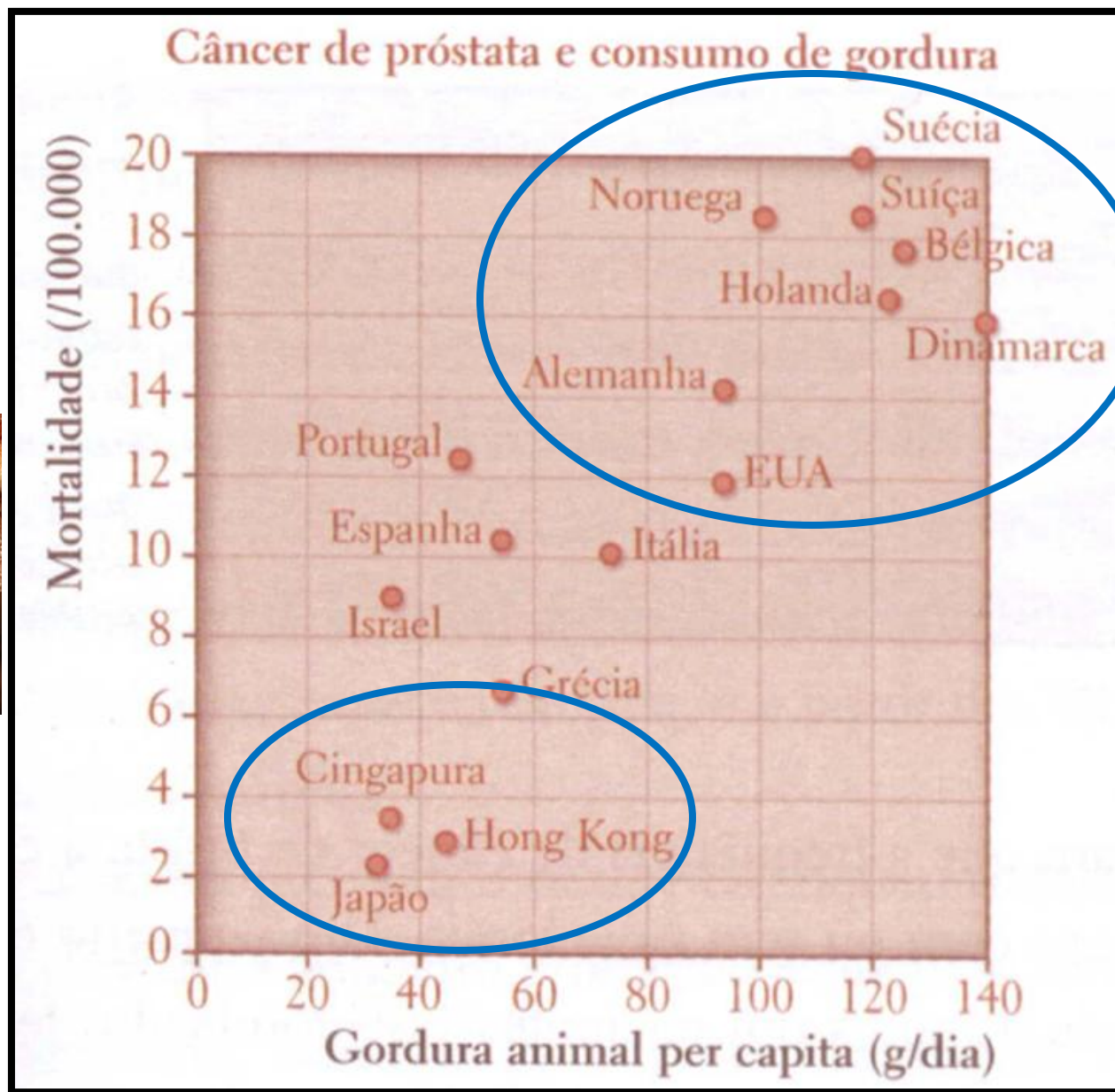
1 parente de 1º grau – chance 2x maior

2 parentes de 1º grau – chance 6x maior

☐ Raça negra

☐ Obesidade

☐ Hábitos alimentares



Comece pelo risco basal, não por um ponto de corte isolado

45 anos

História familiar forte / variantes germinativas / ancestralidade de maior risco

50 anos

Risco habitual: considerar discussão individualizada

>70–75

Avaliar PSA prévio, saúde global e expectativa de vida — evitar rotina

Idade cronológica sozinha é um marcador imperfeito.

Quem tem maior risco merece conversa mais cedo

História familiar

Pai/irmão com doença precoce, metastática ou letal;
múltiplos parentes

Genética

BRCA2 e outras variantes de predisposição

Ancestralidade

Homens negros apresentam maior risco e mortalidade
em vários contextos

PSA basal

Valor em idade jovem pode refinar risco futuro

Antes de coletar PSA, reduza resultados falsamente elevados

- Adiar na presença de infecção urinária, prostatite ou retenção aguda
- Rever instrumentação/manipulação urológica recente
- Interpretar com volume prostático, idade, medicamentos e histórico
- Evitar decisões a partir de uma única medida inesperada

PSA recém-elevado? Repita em condições padronizadas antes de biomarcador, imagem ou biópsia.

O toque retal não deve ser usado como teste isolado de rastreamento

PSA

Teste inicial preferencial

Sensível ao contexto; não é específico para câncer

TOQUE RETAL

Complementa a avaliação de risco

Útil diante de PSA alterado ou suspeita clínica;
não substitui PSA

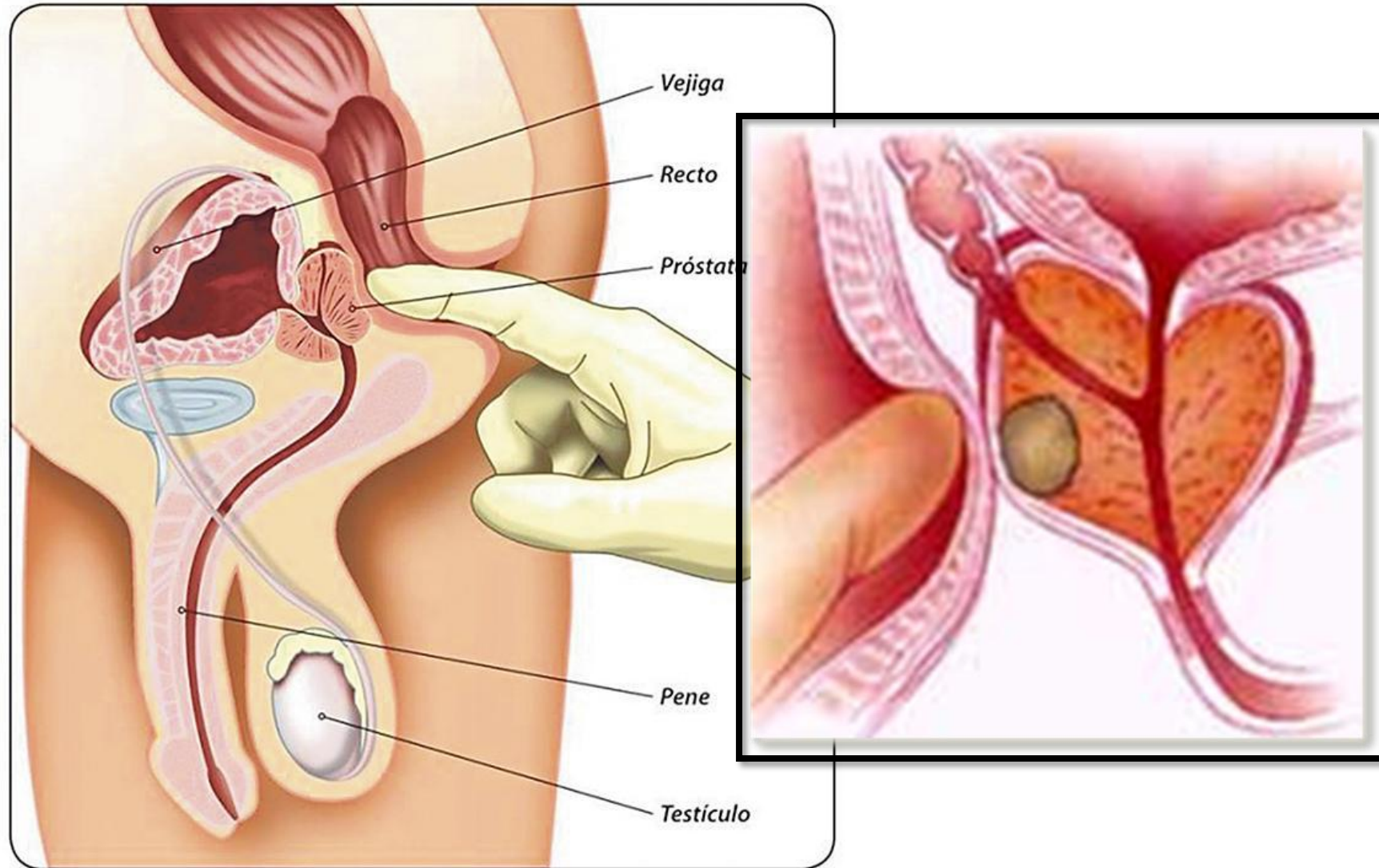
Exame normal não exclui câncer clinicamente significativo.

Porque o Exame De Toque é tão Importante?



20% dos casos de câncer de próstata são diagnosticados exclusivamente pelo exame de toque retal

Toque Retal



Risco de ter câncer de próstata pelo nível de PSA no sangue

Nível de PSA	Toque normal	Toque alterado
Desconhecido	10%	40%
Menor que 4	5 – 8%	25%
Entre 4 e 10	15%	80%
Maior que 10	40%	95%

COMO INTERPRETAR PSA

Valor normal ? – Até 2,5

Idade e valor do PSA

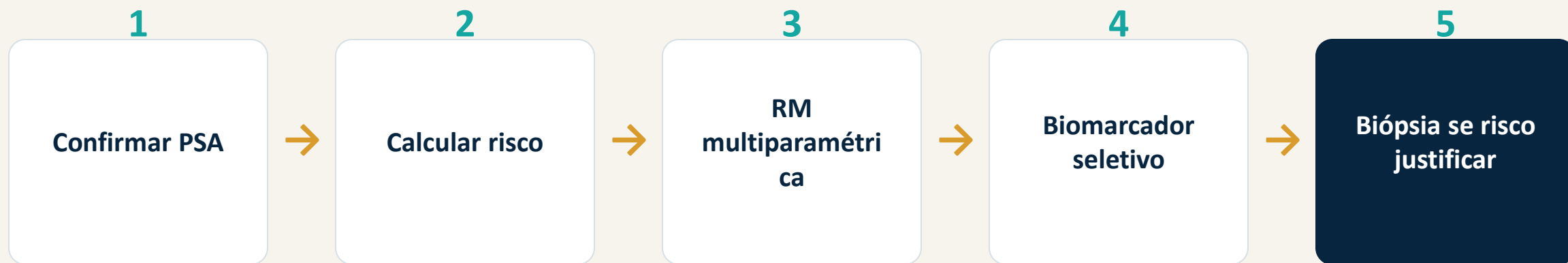
Velocidade do PSA – 0,4 ng/ml por ano

Densidade do PSA (psa total/volume) - > 0,15

Relação livre/total do PSA - < 20%

CUIDADO: finasterida, sonda, ITU, massagem, sexo...

Após PSA confirmado, estime risco antes de indicar biópsia



Densidade do PSA, idade, história familiar, toque, PSA livre, calculadoras e RM devem conversar entre si.

Câncer De Próstata

Diagnóstico:

- ☐ Toque suspeito
- ☐ PSA elevado

Ressonância Magnética
Multiparamétrica da Próstata

Biópsia Prostática guiada por
Ultrassom

Exame histopatológico

Escala de Gleason

$$3+3 = 6$$

$$3+4 = 7$$

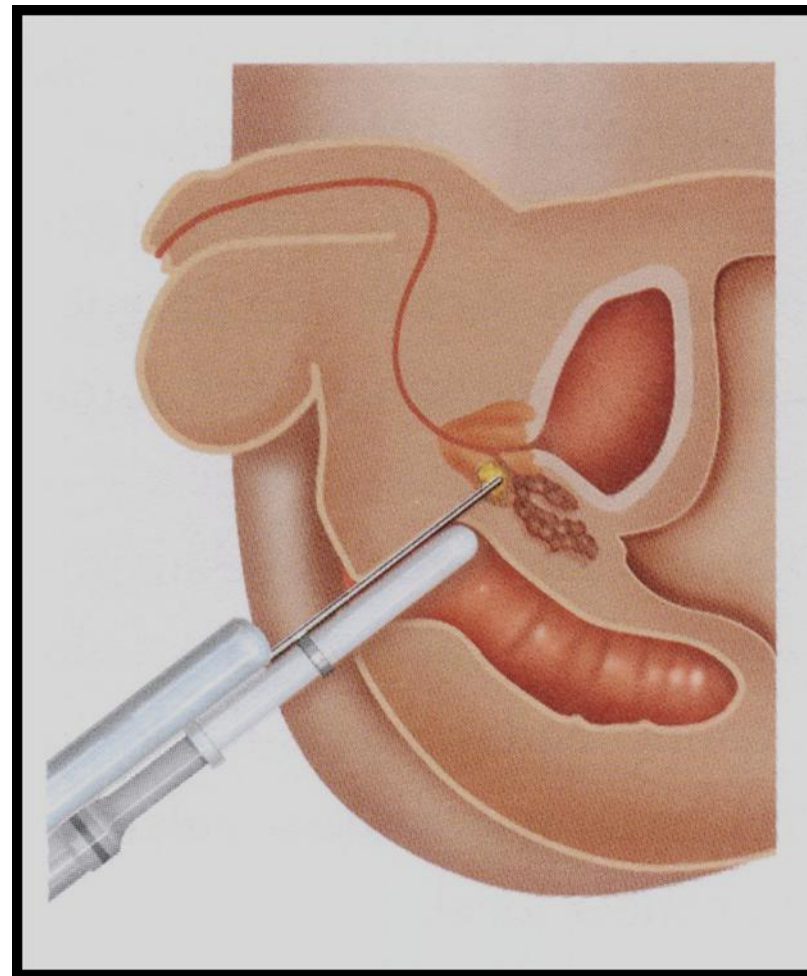
$$4+3 = 7$$

$$4+4 = 8$$

$$4+5 = 9$$

$$5+4 = 9$$

$$5+5 = 10$$



Correlação entre as escalas de Gleason e da ISUP para classificar o câncer de próstata

Escore de <u>Gleason</u>	Escore da ISUP	Características do tumor
6 (3+3)	1	Crescimento lento
7 (3+4)	2	Crescimento intermediário
7 (4+3)	3	Crescimento intermediário
8 (4+4)	4	Crescimento rápido
9 ou 10 (4+5, 5+4, 5+5)	5	Crescimento muito rápido

A ressonância desloca o paradigma: “PSA alterado” não é sinônimo de biópsia imediata

RM antes da biópsia

Melhora a seleção
Identifica alvos
Reduz detecção de baixo grau

RM positiva

Considerar biópsia direcionada + sistemática conforme cenário e risco.

RM negativa

Não encerra o caso: integrar densidade de PSA e risco clínico para decidir observação ou biópsia.

O intervalo deve ser personalizado pelo risco e pelo PSA basal

PSA baixo + baixo risco



intervalo mais longo

PSA intermediário / risco aumentado



intervalo mais curto

Saúde limitada / expectativa de vida curta



considerar interromper

PSA <3 ng/mL aos ≥75 anos



interrupção ou espaçamento pode ser razoável

Caso clínico: homem de 52 anos, assintomático, solicita “check-up da próstata”

Dados

- Pai com câncer de próstata aos 58 anos
- Boa saúde; expectativa de vida longa
- Sem PSA prévio
- Sem sintomas urinários

Conduta discutida

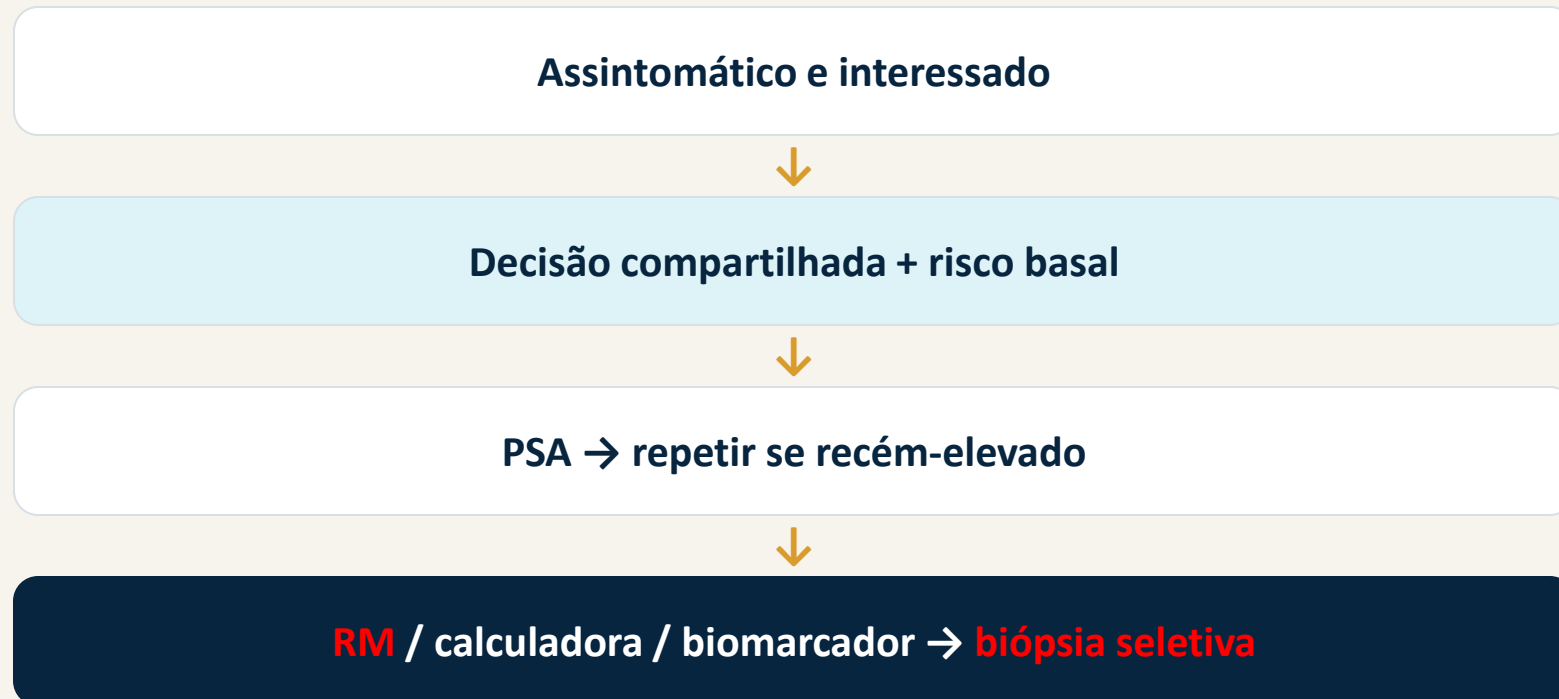
- Reconhecer risco aumentado
- Explicar benefício e dano
- Oferecer PSA basal
- Se elevado: repetir antes de escalar
- Prosseguir por risco, não por corte fixo

O sucesso não é “achar câncer”; é tomar uma boa decisão informada.

Erros que mais produzem dano na prática

- | | | |
|---|--|--|
| ✗ | PSA automático em qualquer idade | Sem preferência, risco ou expectativa de vida |
| ✗ | Biópsia após um único PSA | Ignora variação biológica e causas transitórias |
| ✗ | Tratar todo câncer detectado | Confunde diagnóstico com necessidade de tratamento |
| ✗ | Usar sintomas de HPB como “rastreo” | Sintomas pedem avaliação diagnóstica própria |
-

Algoritmo prático para o consultório



Se câncer de baixo risco: vigilância ativa é parte da estratégia de redução de danos.

Tres mensagens para levar à próxima consulta

1

Não há justificativa para rastreamento populacional indiscriminado.

2

Há espaço para detecção precoce individualizada com PSA e decisão compartilhada.

3

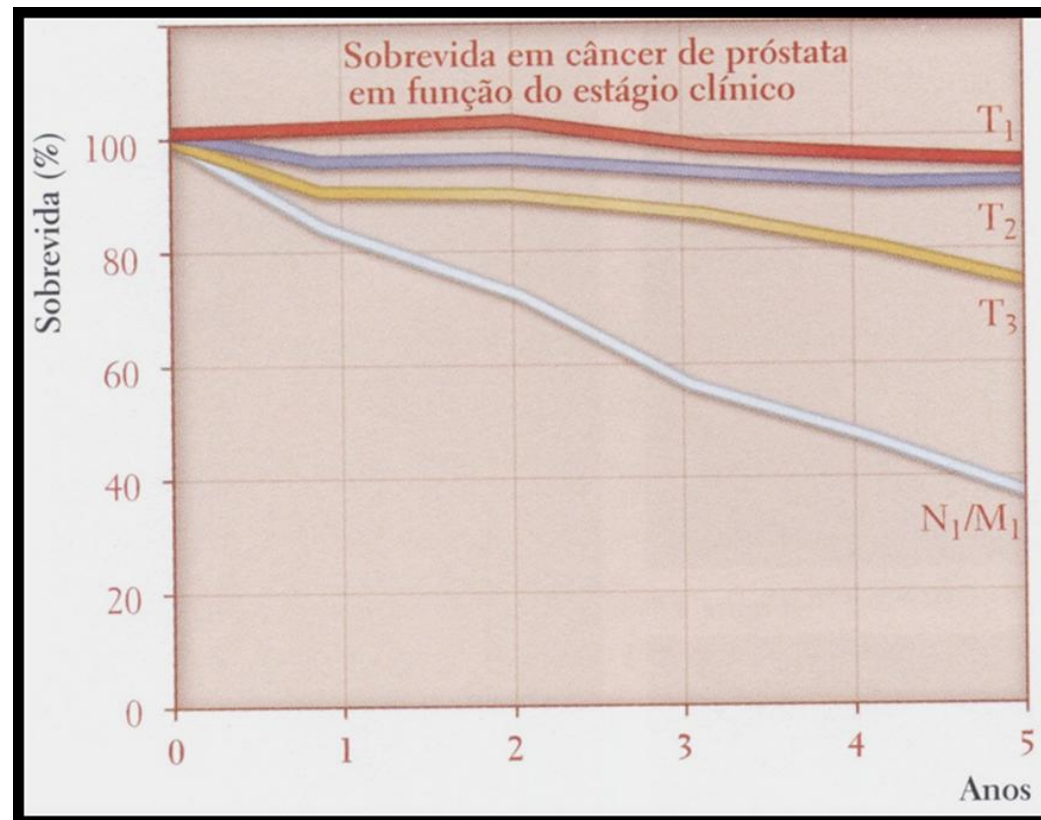
Repetição do PSA, RM e estratificação de risco tornam a jornada mais seletiva.

Rastrear melhor é escolher melhor — antes e depois do PSA.

Câncer De Próstata

Tratamento depende:

1. Localizado só na Próstata
2. Envolve órgãos vizinhos
3. Metástase à distância



Câncer De Próstata

TRATAMENTOS

Vigilância ativa

Prostatectomia Radical

Aberta

Laparoscópica

Robô assistida

Radioterapia

Externa

Braquiterapia

Bloqueio androgênico

Orquiectomia

Medicamentos

Quimioterapia

Radiofármacos



Obrigado

Humberto Montoro

Instituto de Urologia de Maceio/HMAR

hmontoro@uol.com.br

 (82) 99981 - 8093

