

JORNADA DE **ATUALIZAÇÃO MÉDICA**

SANTANA DO IPANEMA

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

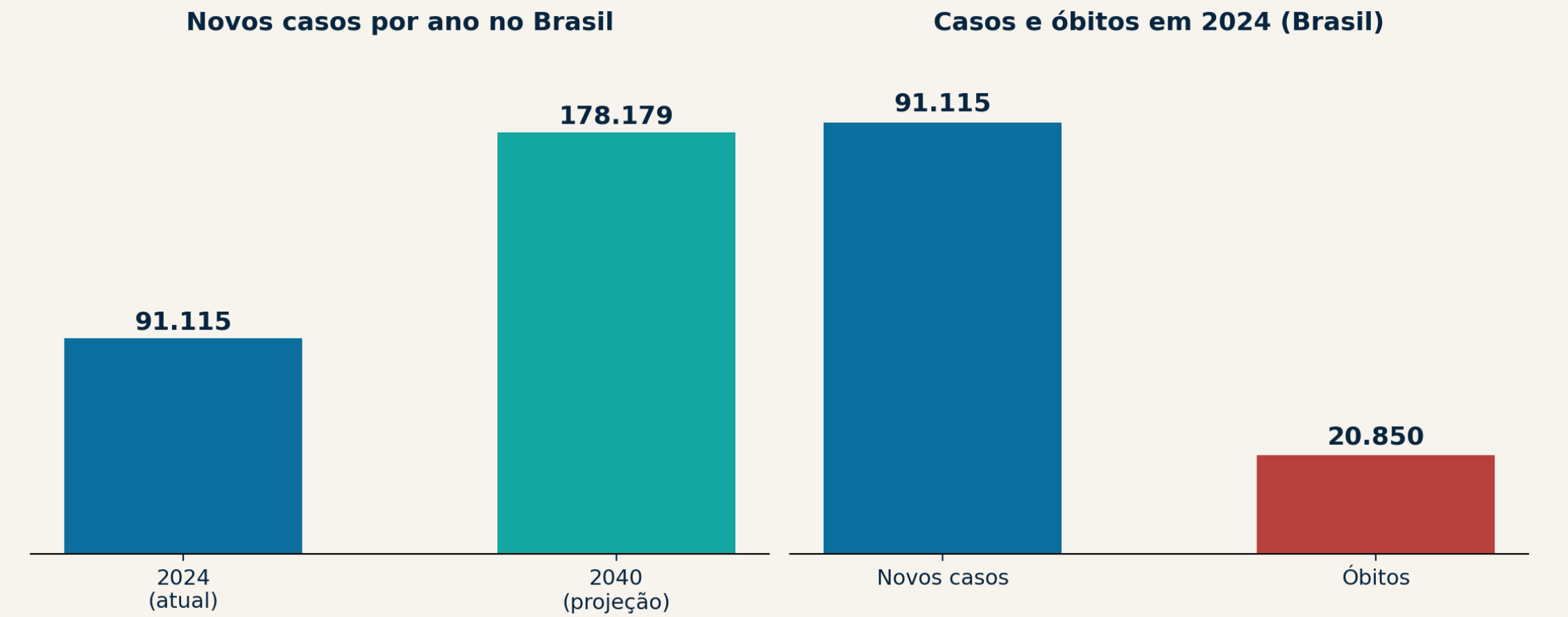
Encontrar cedo o tumor que ameaça a vida — e deixar indolente o que nunca causaria dano.

77.920

novos casos/ano estimados no Brasil
(triênio 2026–2028)

Incidência elevada ≠ benefício automático de rastreamento em massa.

A carga da doença é grande e deve quase dobrar até 2040



Sem mudança nas práticas de detecção precoce, o número de novos casos deve crescer ~83% até 2040.

Fontes: GLOBOCAN 2024/IARC (gco.iarc.who.int, Brasil); Ito et al., Jpn J Clin Oncol 2024 (projeção via GCO Cancer Tomorrow).

Uma doença comum — e nem sempre silenciosa por muito tempo

2º

Câncer mais frequente entre homens, atrás apenas do de pele não melanoma

~1 a cada 7 min

É o intervalo estimado entre novos diagnósticos no Brasil

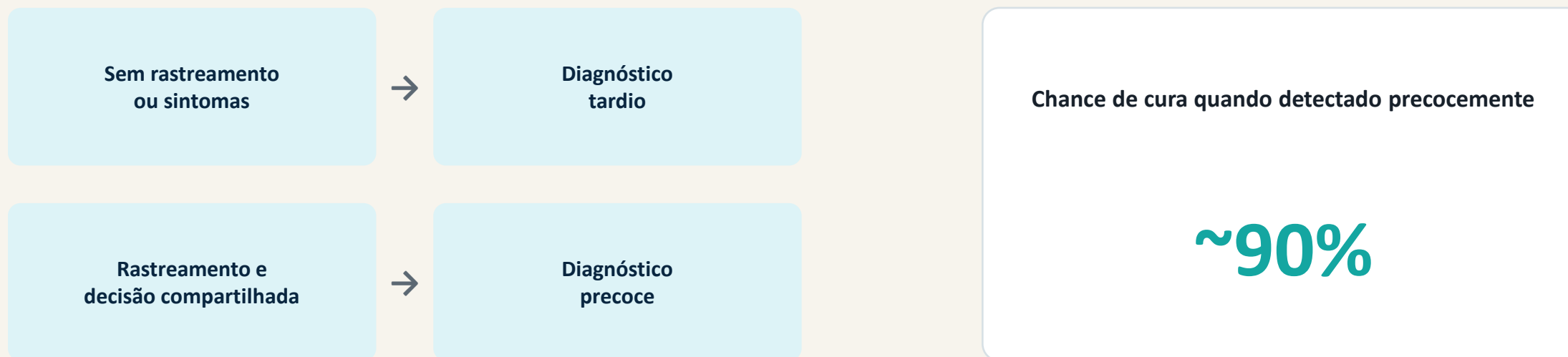
~1 a cada 30 min

É o intervalo estimado entre óbitos pela doença no Brasil

23%

Dos homens diagnosticados morrem em decorrência da doença

O estágio do diagnóstico muda completamente o desfecho



A maioria dos sintomas urinários só aparece quando a doença já avançou — por isso a decisão sobre rastreamento não pode esperar sintomas.

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)

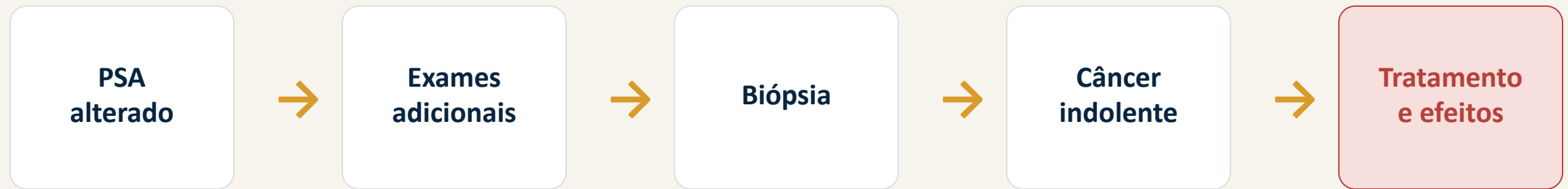
ERSPC • 23 anos

–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

Fatores de risco: o que pesa mais na decisão sobre rastreamento



Idade

Risco cresce a partir dos 50 anos (ou 45 em grupos de maior risco)



História familiar

1 parente de 1º grau: risco ~2x maior. 2 parentes de 1º grau: risco ~6x maior



Ancestralidade africana

Homens negros têm maior incidência e maior mortalidade pela doença



Obesidade

Associada a tumores mais agressivos e a piores desfechos



Hábitos alimentares

Dieta rica em gordura animal é associada a maior risco

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

Recomendado como complemento ao PSA, sobretudo se $\text{PSA} \geq 2 \text{ ng/mL}$; não substitui o PSA

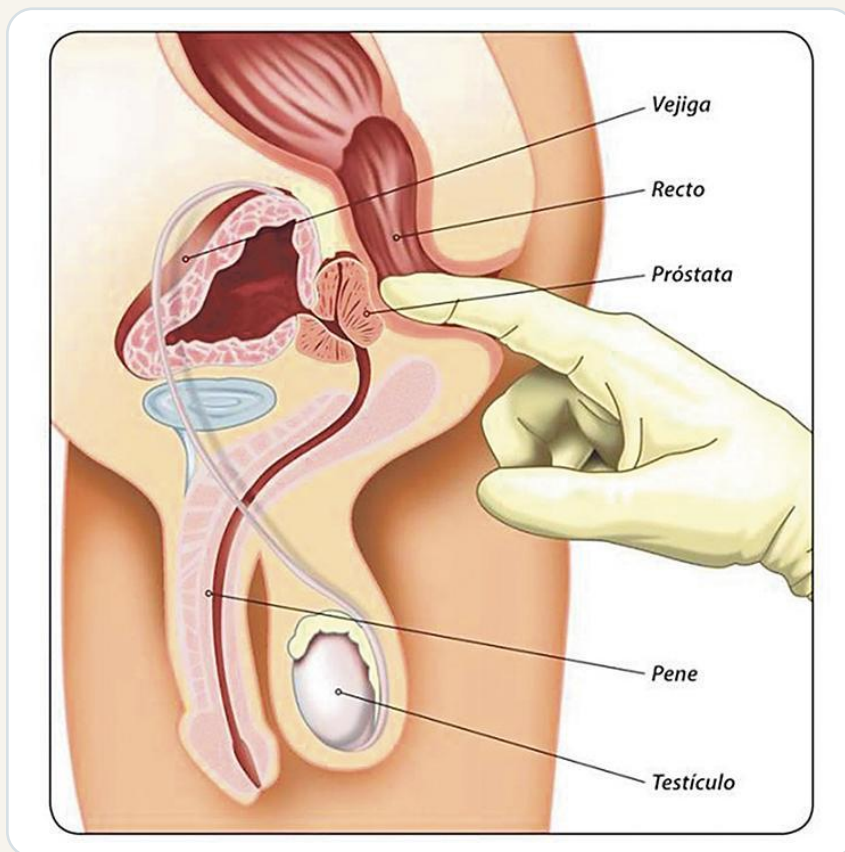
Exame normal não exclui câncer clinicamente significativo.

Porque o Exame De Toque é tão Importante?



Até 14–20% dos cânceres de próstata são achados só pelo toque retal, com PSA normal — muitos deles clinicamente significativos (Gleason ≥ 7)

Toque retal: técnica simples, informação clínica relevante



Avalia tamanho, consistência e simetria da próstata — nódulos e endurecimentos podem indicar doença mesmo com PSA normal.

PSA e toque retal juntos estimam melhor o risco de câncer

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

Risco estimado de câncer de próstata conforme o nível de PSA e o achado do toque retal

Valores ilustrativos combinando PSA e toque retal na estratificação de risco pré-biópsia; uso educacional.

Como interpretar o PSA além do valor absoluto

Valor de referência

Geralmente até 2,5–4,0 ng/mL, variando conforme idade e laboratório

PSA por faixa etária

Valores de corte ajustados pela idade aumentam a sensibilidade em homens jovens

Velocidade do PSA

Aumento maior que 0,4 ng/mL por ano é um sinal de alerta

Densidade do PSA

PSA total dividido pelo volume prostático; > 0,15 sugere maior risco

Relação PSA livre/total

Menor que 20% está associada a maior probabilidade de câncer

CUIDADO: finasterida, sonda vesical, infecção urinária, massagem prostática e ejaculação recente podem alterar o resultado.

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.

Do achado suspeito à confirmação histológica



Escala de Gleason (padrões histológicos somados)

3+3 = 6

3+4 = 7

4+3 = 7

4+4 = 8

4+5 = 9

5+4 = 9

5+5 = 10

Correlação entre Gleason e o Grupo ISUP

Escore de Gleason	Grupo 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

O Grupo ISUP substituiu o escore de Gleason isolado como padrão de laudo histopatológico (WHO/ISUP 2016).

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

Evite o “PSA anual para todos”.

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

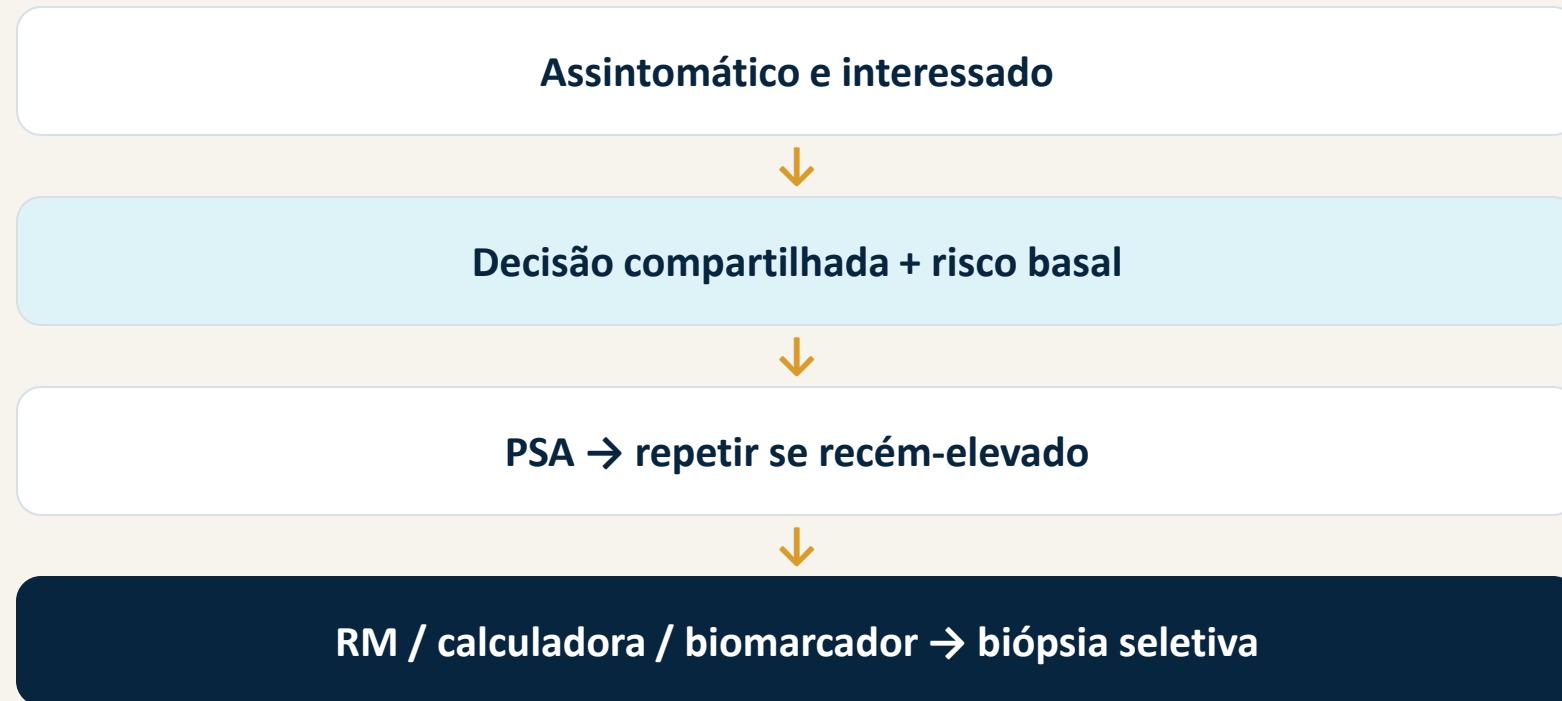
- Reconhecer risco aumentado
- Explicar benefício e dano
- Oferecer PSA basal
- Se elevado: repetir antes de escalar
- Prosseguir por risco, não por corte fixo

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.

Três 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.

O tratamento depende da extensão da doença ao diagnóstico

1

Localizado só na próstata

Maior leque de opções — inclui vigilância ativa nos casos de baixo risco

2

Envolve órgãos vizinhos

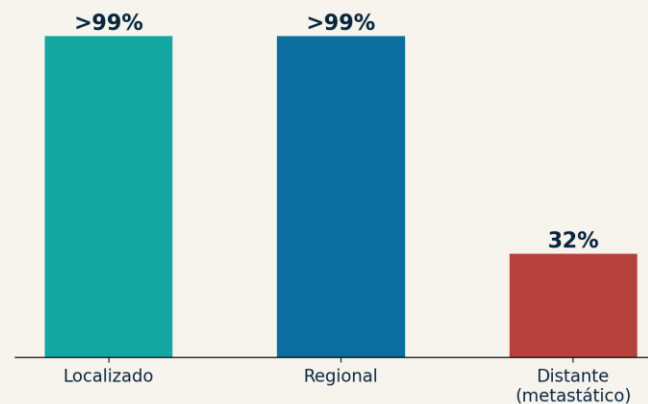
Tratamento local mais agressivo; combinação de abordagens

3

Metástase à distância

Foco em tratamento sistêmico e controle da doença

Sobrevida em 5 anos por estágio ao diagnóstico



Opções de tratamento variam conforme risco, estágio e preferência do paciente



Vigilância ativa

Acompanhamento estruturado sem tratamento imediato, para câncer de baixo risco



Prostatectomia radical

Cirurgia aberta, laparoscópica ou robô-assistida



Radioterapia

Externa (IMRT/IGRT) ou braquiterapia



Bloqueio androgênico

Orquiectomia ou terapia medicamentosa (hormonal)



Quimioterapia

Reservada a cenários de doença avançada ou resistente



Radiofármacos

Terapia sistêmica direcionada em doença metastática

Obrigado

Humberto Montoro

Instituto de Urologia de Maceio/HMAR

hmontoro@uol.com.br



(82) 99981 - 8093

