



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral
Coordenação de Atenção à Saúde do Homem

NOTA TÉCNICA Nº 9/2023-COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Recomendação pelo não rastreamento populacional do câncer de próstata.

2. **ANÁLISE**

2.1. 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).

2.2. A idade é o principal fator de risco para o câncer de próstata, sendo mais incidente em homens a partir da sexta década de vida, bem como, histórico familiar de câncer de próstata antes dos 60 anos e obesidade para tipos histológicos avançados (INCA, 2021). Destaca-se também a exposição a agentes químicos relacionados ao trabalho, sendo responsável por 1% dos casos de câncer de próstata (BRASIL, 2021).

2.3. A alta incidência desse câncer se ancora nas hipóteses sobre o efeito combinado do envelhecimento da população, melhoria da sensibilidade das técnicas diagnósticas, da disseminação do teste de medição dos níveis sanguíneos do Antígeno Prostático Específico (PSA) e do toque retal, que possui a finalidade de avaliar o tamanho, o volume, a textura e a forma da próstata (LOEB et al., 2014; MOTTET, 2023). No entanto, ressalta-se os importantes avanços no tratamento para o controle das taxas de mortalidade dessa doença (BRASIL, 2016; COLEMAN et al., 2008).

2.4. Dentre as ações de controle para o câncer, a detecção precoce se destaca, e esta ação se divide em duas estratégias: diagnóstico precoce e rastreamento. O diagnóstico precoce é a identificação do câncer em estágios iniciais em pessoas com sinais e sintomas. Já o rastreamento se caracteriza pela aplicação sistemática de exames em pessoas assintomáticas, com o intuito de identificar um câncer em estágio inicial (WHO, 2017). Essas estratégias se distinguem pelas indicações, critérios de implementação e riscos associados.

2.5. Revisões sistemáticas sobre o tema rastreamento do câncer de próstata, identificaram que essa prática aumenta de forma significativa o diagnóstico desse câncer, sem redução significativa da mortalidade específica e com importantes danos à saúde do homem (ILIC et al., 2013; HAYES et al., 2014; ILIC et al., 2018).

2.6. Um dos principais estudos sobre o tema, o estudo europeu *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)*, em 2019, após 16 anos de acompanhamento, mostrou redução na mortalidade específica com o rastreamento, acompanhada, porém, de elevadas taxas de sobrediagnóstico – que se caracteriza pelo diagnóstico de um câncer que não evoluiria clinicamente e não causaria danos durante a vida (FENTON et al., 2018; HUGOSSON et al., 2019).

2.7. A posição da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o rastreamento do câncer de próstata é que os principais obstáculos para a implantação de um programa efetivo são: a maior frequência de tumores indolentes com o aumento da idade e uma morbidade significativa relacionada aos procedimentos utilizados até o momento para tratar o câncer de próstata (WHO, 2020; BRASIL, 2010).

2.8. A evolução clínica do câncer de próstata ainda não é bem conhecida, a despeito do conhecimento de alguns fatores prognósticos. Sabe-se que alguns poderão ter crescimento progressivo, enquanto outros possuem comportamento indolente, crescendo de forma lenta, sem chegar a apresentar sinais durante a vida, e a ameaçar a saúde do homem (BELL et al., 2015).

2.9. Muitos homens, com a doença menos agressiva, tendem a morrer com o câncer ao invés de morrer do câncer, mas nem sempre é possível dizer, no momento do diagnóstico, quais tumores terão comportamentos agressivos e quais terão crescimento lento (SCHWARTZ, 2005).

2.10. Uma revisão sistemática sobre a prevalência do câncer de próstata em autópsias de homens que morreram por outras causas, demonstrou que, entre os homens com idade de 40 a 50 anos, 37% dos investigados possuíam achados histológicos compatíveis com câncer, e, em homens com idade acima de 79 anos, essa taxa subiu para 60% (BELL et al.,

2015). Com o rastreamento, muitos desses cânceres indolentes seriam detectados desnecessariamente, gerando o sobretratamento (INCA, 2021).

2.11. O sobretratamento é o tratamento de cânceres que não evoluiriam a ponto de ameaçar a vida e pode gerar importante impacto na qualidade de vida dos homens. Estudos apontam para consequências relacionadas à disfunção sexual e urinária (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).

2.12. A doença detectada no rastreamento pode levar à necessidade de realizar novos exames para a investigação diagnóstica, podendo gerar necessidade de biópsia e complicações como dor, sangramento e infecções, além de ansiedade e estresse no indivíduo e na família (FENTON et al., 2018), com pouco benefício aos pacientes.

2.13. Considerando as evidências atuais e reafirmando o posicionamento anterior (Nota Técnica Conjunta SAS/MS e INCA nº 001/2015), o Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento populacional do câncer de próstata. Orienta ampla discussão sobre os possíveis riscos e benefícios para a tomada de decisão compartilhada com os homens que solicitarem exames de rastreio.

2.14. Cabe ressaltar que diretrizes nacionais e internacionais recomendam a utilização do exame de antígeno prostático específico (PSA) e toque retal para avaliação de homens com elevado risco para neoplasia prostática significativa, e em homens com sintomas urinários que, embora inespecíficos, podem também estar associados ao câncer de próstata, necessitando de confirmação do diagnóstico (BRASIL, 2016; MOTTET, 2023).

2.15. Além de fortalecer a promoção da saúde e a prevenção para o controle do câncer de próstata, é fundamental organizar a rede de atenção à saúde. Em casos suspeitos de câncer de próstata a investigação célere e possível tratamento (ou vigilância) devem ser instituídos.

2.16. Recomenda-se, ainda, que a disseminação de informações voltadas à população e aos profissionais de saúde sobre a doença deve ser promovida.

2.17. Segundo a OMS, algumas ações e mudanças de hábitos reduzem os fatores de risco de prevalência do câncer, como: o controle do tabaco, prevenção ao uso do álcool, promoção da atividade física, alimentação saudável, combate ao sedentarismo e a obesidade, entre outros (WHO, 2020).

3. RECOMENDAÇÕES

3.1. Considerando o exposto, recomenda-se aos gestores estaduais e municipais as seguintes medidas:

- Organizar a rede de atenção à saúde, com a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e *locus* de seguimento prioritários, permitindo a investigação célere de queixas urinárias dos homens. Embora o câncer de próstata não apresente sintomas em fases iniciais, pacientes com elevado risco de neoplasia significativa e aqueles com dificuldade de urinar, diminuição do jato de urina, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite e sangue na urina, deve-se iniciar a investigação diagnóstica para que o tratamento adequado possa ser estabelecido o quanto antes (INCA, 2022);
- Implementar, em larga escala, estratégias de disseminação de informações para a população sobre a importância dos homens procurarem a unidade de saúde para cuidados, independentemente da idade;
- Informar aos homens que demandarem espontaneamente a realização de rotina de PSA e/ou toque retal sobre o balanço entre os possíveis benefícios e os riscos do rastreamento, estimulando a decisão compartilhada;
- Não realizar campanhas para convocar homens assintomáticos para a realização de rastreamento com PSA e/ou toque retal;
- Capacitar os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde sobre o câncer de próstata, em parceria com serviços de saúde e instituições de ensino, qualificando a atenção dada aos homens e seus familiares;
- Fortalecer as ações educativas e de comunicação em saúde direcionadas à população masculina sobre autocuidado em saúde e prevenção dos cânceres mais prevalentes e outras doenças crônicas não transmissíveis;
- Instrumentalizar o trabalho das equipes e orientar a população em geral, por meio de publicações institucionais.

4. REFERÊNCIAS

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.

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>>.

BRASIL. Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer. Nota técnica conjunta nº 001/2015 – **Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do**

Novembro Azul. Brasília/DF: 2015. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/posicionamento-do-ministerio-da-saude-inca-sobre-integralidade-da-saude>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 498, de 11 de maio de 2016. **Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do adenocarcinoma de próstata.** Brasil. Diário Oficial da União [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/assist_farmaceutica/pcdt/adenocarcinoma_prostata/MINUTA-de-Portaria-SAS-DDT-Prostata-03-05-2016.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Tipos de câncer: Câncer de próstata.** [Internet]. 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>>.

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.

COLEMAN, M. P. et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). **The Lancet. Oncology**, v. 9, n. 8, p. 730–756, ago. 2008.

FENTON, J.J., et al. Prostate-specific antigen–based screening for prostate cancer: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**. 2018;319(18):1914-31. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jama.2018.3712>>.

ILIC, D. et al. Screening for prostate cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2013.

ILIC, D., et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. **Bmj**, 2018. 362: k3519. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30185521/> 135>.

INCA. **Deteção precoce do câncer/** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf>.

INCA. **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>>.

LOEB, S. et al. Overdiagnosis and overtreatment of prostate cancer. **European Urology**, v. 65, n. 6, p. 1046–1055, jun. 2014.

MOTTET, N., et al. EAU. EAU - EANM - ESTRO - ESUR - ISUP – SIOG. **Guidelines on prostate cancer.** European Association of Urology, 2023.

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.** Published: November 07, 2020. Disponível em: <[https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(20\)30769-7/fulltext#back-bib0010](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(20)30769-7/fulltext#back-bib0010)>.

HAYES, J.H., et al. Screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test: a review of current evidence. **JAMA**, 2014. 311: 1143. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24643604/> 134.>.

HUGOSSON, J., et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. **Eur Urol**, 2019. 76: 43.

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.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**. 2018;319(8):1901-13. Disponível em: <doi:10.1001/jama.2018.3710 >

WHO. **Guide to cancer early diagnosis.** Geneva, WHO. [Internet] 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1>>.

WHO. **World Cancer Report: Cancer Research for cancer prevention.** Lyon, 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Celmário Castro Brandão, Coordenador(a) de Atenção à Saúde do Homem**, em 04/10/2023, às 10:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Grace Fátima Souza Rosa, Coordenador(a)-Geral de Articulação do Cuidado Integral**, em 04/10/2023, às 13:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Vinicius Soares Pedrosa, Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 04/10/2023, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Oliveira Maciel dos Santos, Chefe da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede**, em 06/10/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberto de Almeida Gil, Diretor(a) do Instituto Nacional de Câncer**, em 06/10/2023, às 10:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Henrique de Albuquerque Maia, Coordenador(a)-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer**, em 06/10/2023, às 10:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nésio Fernandes de Medeiros Junior, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 06/10/2023, às 11:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aristides Vitorino de Oliveira Neto, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde substituto(a)**, em 06/10/2023, às 15:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Sarpa de Campos Mello, Coordenador(a) de Prevenção e Vigilância**, em 06/10/2023, às 17:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lígia Iasmine Pereira dos Santos Gualberto, Coordenador(a) de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária**, em 06/10/2023, às 18:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0036462342** e o código CRC **592C0E70**.