



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

RENATA FARINON

**AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS AUXILIARES DA DECISÃO
COMPARTILHADA NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PORTO ALEGRE

2021



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

RENATA FARINON

**AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS AUXILIARES DA DECISÃO
COMPARTILHADA NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof Dr Julio Baldisserotto

PORTO ALEGRE

2021



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof. Me. Enrique Falceto de Barros

Prof. Dr. Fernando Anschau

Prof^ª. Dra. Rafaela Soares Rech

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE MESTRADO PROFISSIONAL

Aos nove dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e um, às dezesseis horas e trinta minutos, por videoconferência na plataforma Zoom, com ID 872 9350 6409, senha: renata, realizou-se a sessão pública de defesa de dissertação, intitulada: "Avaliação de Tecnologias Auxiliares da Decisão Compartilhada no Rastreamento do Câncer de Próstata na Atenção Primária", de autoria da candidata Renata Farinon, aluna do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do GHC (PPGATSUS), em nível de Mestrado Profissional. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: Prof. Dr. Fernando Anschau, Profª. Dra. Rafaela Soares Rech, Prof. Me. Enrique Falceto de Barros e pelo Prof. Dr. Julio Baldisserotto - orientador. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, os membros da banca consideraram a dissertação:

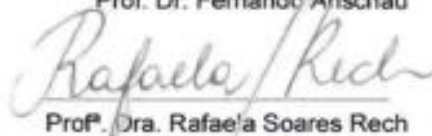
☒ aprovado

☐ reprovado

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Fernando Anschau



Profª. Dra. Rafaela Soares Rech



Prof. Me. Enrique Falceto de Barros

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Julio Baldisserotto pela orientação no desenvolvimento desta dissertação durante o Mestrado em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS e a Prof. Dra. Rafaela Soares Rech pelo auxílio na realização do trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, por todos os ensinamentos passados em aula e compreensão devido as dificuldades trazidas pela pandemia do COVID-19. Aos meus colegas de turma, pela parceria e amizade neste período.

Agradeço à minha família, em especial minha filha Julia e minha tia Maria Alva, por todo apoio e carinho dispensados. E a minha amiga Bianca, que tanto colaborou na realização dessa dissertação e artigo.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer de próstata é o segundo tumor mais comum em homens. Por anos, preconizou-se o rastreamento através do exame antígeno prostático-específico e do toque retal. Contudo, essa abordagem passou a ser questionada e a decisão compartilhada começou a ganhar espaço. **OBJETIVOS:** Avaliar a efetividade do uso de tecnologias auxiliares no processo de decisão compartilhada no rastreamento do câncer de próstata na atenção primária. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão sistemática e metanálise. Foram criadas estratégias de buscas adaptadas para as bases de dados PubMed (via MEDLINE), EMBASE, Web of Science, Scopus, BVS, BVS Câncer, PsycINFO, Cochrane Library e SciELO. A literatura cinzenta (catálogo de teses da CAPES, ICTRP, ETDs e Open Grey) também foi revisada. O protocolo desta revisão sistemática está registrado no PROSPERO sob número CRD42021222152. Os critérios de inclusão foram ensaios clínicos randomizados (ECRs) e revisões sistemáticas de ECRs com população de homens a partir dos 40 anos que desejam realizar rastreamento para o câncer de próstata na atenção primária. A intervenção analisada foi o uso de uma ou mais tecnologias comparadas com o tratamento usual (consulta médica sem abordar as incertezas do *screening*). Os desfechos avaliados foram: grau de conhecimento do paciente, grau de satisfação do paciente com a decisão, taxa de rastreamento e taxa de encaminhamento ao urologista. O risco de viés dos ensaios clínicos foi acessado através da ferramenta RoB-2. A metanálise foi realizada através do Revman 5.4.1 **RESULTADOS:** Dos 1317 estudos encontrados nas bases de dados, foram selecionados e analisados 10 ECRs. A população era majoritariamente branca e o alto índice de graduação em faculdade é evidenciado em 44% dos estudos. Todos os estudos analisaram a tecnologia *decision aid* no grupo intervenção, variando o formato e o conteúdo. Após 2 semanas, houve aumento do grau de conhecimento com a intervenção *decision aid* no formato papel/folheto em comparação com a consulta usual (MD=0,28 IC95%:0,06-0,50 I²=0%). Ocorreu uma redução da taxa de rastreamento no grupo intervenção no formato vídeo após 2 semanas em comparação ao grupo controle (RR=0,82 IC95%:0,70-0,96 I²=1%), mas o efeito não persistiu após 12 meses (RR=0,97 IC95%:0,88-1,07 I²=0%). **CONCLUSÕES:** Apesar desta revisão sistemática ter evidenciado que o *decision aid* em vídeo diminui a taxa de rastreamento e o *decision aid* em folheto aumenta o conhecimento, não é

possível afirmar que essa é a tecnologia mais efetiva no auxílio da decisão compartilhada no rastreamento do câncer de próstata na atenção primária. Os diversos conteúdos e formatos das intervenções associadas com as diferentes medidas dos desfechos geram importantes vieses, dificultando a comparação entre os estudos, a análise dos resultados e o seu impacto.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Próstata. Rastreamento. Decisão Compartilhada. *Decision Aid*. Atenção Primária.

ABSTRACT

CONTEXT: Prostate cancer is the second most commonly occurring cancer in men. For many years, healthcare providers prescribed prostate-specific antigen and digital rectal examinations. However, the real benefits of this approach were questioned, giving space to the shared decision discussion. **OBJECTIVE:** To evaluate the use of auxiliary technologies in the shared decision process in screening prostate cancer in primary care. **METHODS:** This is a systematic review with meta-analysis. We created research adapted strategies for PubMed (MEDLINE), EMBASE, Web of Science, Scopus, BVS, BVS Cancer, PsycINFO, Cochrane Library, and SciELO databases. We also reviewed gray literature (CAPES, ICTRP, ETDs, and Open Grey thesis catalogs). The registration number for this analysis in PROSPERO is CRD42021222152. We selected reviews and randomized clinical trials in which men over 40 years old chose to screen prostate exams in primary care. We compared the intervention of one or more technologies to the usual treatment (medical appointment without mentioning the uncertainties of screening). The evaluated outcomes were patient knowledge, satisfaction with the decision, screening rate, and rate of patients who needed a urology appointment. We accessed the risk of biased clinical studies through the RoB-2 tool. The meta-analysis was done through the Revman 5.4.1 tool. **RESULTS:** We accessed 1317 studies from databases and selected and analyzed ten randomized clinical trials. Most of the population was white, and 44% of the studies presented a higher education level. All studies evaluated the technology decision aid in intervention group, varying formats and contents. After two weeks, the knowledge level increased with paper decision aid intervention, compared to the conventional appointment (RR=0.28, CI 95: 0.06-0.50 I²=0%). There was a decrease in the screening rate for the group using video intervention after two weeks compared to the control group (RR=0.82 CI 95%:0.70-0.96 I²=1%). However, these results did not persist after 12 months (RR=0.97 CI95%:0.88-1.07 I²=0%). **CONCLUSIONS:** This systematic review evidences that video Decision Aid decreases the screening rates. Also, paper Decision Aid increases the knowledge rate. However, it is not possible to confirm if these technology is the most effective in the sharing decision process for prostate cancer screening in primary care. The many contents and formats of

interventions combined with the different outcomes make the results and impacts analysis more difficult.

KEY-WORDS: Prostate cancer. Screening. Shared decision. Decision Aid. Primary care.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1— PRISMA 2020 flow diagram	53
Tabela 1 — Características dos estudos	54
Figura 2 — Risco de viés referente ao desfecho “grau de conhecimento”	55
Figura 3 — Risco de viés referente ao desfecho “taxa de rastreamento”	56
Figura 4 — Forest plot do grau de conhecimento até 1 semana da intervenção <i>Decision Aid</i> formato folheto (paper)	57
Figura 5 — Forest plot da taxa de rastreamento do câncer da intervenção <i>Decision Aid</i> formato folheto (paper)	58
Figura 6 — Forest plot da taxa de rastreamento do câncer de próstata no subgrupo logo após a intervenção <i>Decision Aid</i> formato folheto (paper) e no subgrupo sem os estudos com alto risco de viés	59
Figura 7 — Forest plot da taxa de rastreamento do câncer de próstata após 2 semanas da intervenção <i>Decision Aid</i> formato vídeo	60
Figura 8 — Forest plot da taxa de rastreamento do câncer de próstata após 12 meses da intervenção <i>Decision Aid</i> formato vídeo.....	61

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 OBJETIVOS	13
1.1 Objetivo Geral.....	13
1.2 Objetivos Específicos	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1 Epidemiologia do câncer de próstata.....	17
3.2 Diagnóstico do câncer de próstata.....	18
3.3 Controvérsias sobre o rastreamento do câncer de próstata.....	19
3.4 Riscos e benefícios do <i>screening</i>	21
3.5 Posicionamento das entidades, sociedades e órgãos governamentais sobre o rastreamento populacional	23
3.6 A decisão compartilhada na medicina	26
3.7 Tecnologias auxiliares da decisão compartilhada	32
3.7.1 Tecnologia (<i>dura, leve-dura e leve</i>).....	32
3.8 A decisão compartilhada no rastreamento do câncer de próstata.....	34
3.9 A decisão compartilhada no âmbito da atenção primária	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ARTIGO.....	43
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
APÊNDICE E ANEXOS.....	80
APÊNDICE A.....	80

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é resultado do trabalho desenvolvido no programa de Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS da escola GHC, e tem como objetivo avaliar as diferentes tecnologias auxiliares da decisão compartilhada no rastreamento do câncer de próstata no contexto da atenção primária.

Trata-se de uma revisão sistemática com metanálise cujo produto é um artigo científico.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Avaliar a efetividade do uso de tecnologias auxiliares no processo de decisão compartilhada no rastreamento do câncer de próstata na atenção primária à saúde.

1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o grau de conhecimento adquirido pelo paciente.
- Avaliar o grau de satisfação do paciente com a decisão tomada.
- Analisar a taxa de rastreamento do câncer de próstata.
- Analisar a taxa de encaminhamentos ao urologista.

2 INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é o segundo tumor mais comum em homens brasileiros perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2019). É o segundo em mortalidade, atrás somente do câncer de pulmão (BRASIL, 2019). No mundo, também é o segundo mais incidente em homens, mas em termos de mortalidade, ocupa o quinto lugar (BRAY *et al*, 2018).

Por anos, preconizou-se a realização do rastreamento dessa doença através do exame antígeno prostático-específico (PSA) e do toque retal (MOTTET *et al.*, 2018). Apesar de amplamente divulgado como uma ação de prevenção, o real benefício do rastreamento passou a ser questionado com a publicação de dois importantes ensaios clínicos randomizados realizados no final da década de 90 e início do ano 2000. O estudo americano *Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial* (PLCO) não mostrou alteração da mortalidade global entre os grupos enquanto o estudo europeu *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC) evidenciou diminuição da mortalidade câncer-específica no grupo do rastreamento. Os resultados divergentes entre os dois maiores estudos realizados até aquele momento fizeram com que a conduta sobre rastrear se tornasse controversa.

Como argumentos pró-rastreamento, temos que o PSA é um exame de simples realização e o diagnóstico precoce de câncer de próstata eleva as chances de cura (SCHRÖDER *et al*, 2012; SCHRÖDER *et al*, 2014; KELLY *et al*, 2018). Os argumentos contra ressaltam que o real benefício do rastreamento é incerto, que nem todos os cânceres de próstata necessitam tratamento e existem efeitos colaterais importantes na realização dos exames diagnósticos e no tratamento (PINSKY *et al*, 2014; MODESTO *et al.*, 2018; MARTIN *et al*, 2018). O assunto vem sendo debatido de forma crescente na sociedade médica e, pela falta de consenso, a decisão compartilhada (DC) entre médico e paciente ganha espaço e é cada vez mais recomendada nesse cenário de dúvida (CARTER *et al*, 2013; QASEEM *et al*, 2013; SANTOS *et al.*, 2018; GROSSMAN *et al.*, 2018).

Conforme Glyn Elwyn (2010), a DC é uma abordagem em que médicos e pacientes compartilham a melhor evidência disponível quando enfrentam a tarefa de tomar decisões e em que os pacientes são encorajados a comparar as opções de maneira a alcançar preferências informadas. Para isso, é necessário que o paciente

compreenda a doença a ser prevenida, os riscos, benefícios e até mesmo as incertezas que a investigação pode trazer. Incluindo seus valores e preferências às informações técnicas recebidas, o paciente se torna capaz de analisar os prós e os contras para realizar uma decisão conjunta com o médico. A DC tem o potencial de diminuir o uso excessivo de opções que não são claramente benéficas (EVANS *et al.*, 2008) e promover a sustentabilidade do sistema de saúde (COULTER, 2006).

Alguns estudos vêm sendo feitos para definir o conceito e as características desse modelo de decisão (MAKOUL *et al.*, 2006; ELWYN *et al.*, 2010; LEGARE *et al.*, 2008) e avaliar as tecnologias que auxiliam na sua realização (por exemplo: *decision aid*, *coaching*, material educativo) (EVANS *et al.*, 2005; VOLK; LLEWELLYN-THOMAS, 2012; STACEY *et al.*, 2012; LEGARE *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2018).

Já existe considerada literatura sobre a DC no rastreamento do câncer de próstata sendo que a tecnologia de auxílio a decisão mais estudada nesse contexto é o *decision aid* (DA) (EVANS *et al.*, 2008; VOLK *et al.*, 2007; BOTICA *et al.*, 2011; SEPUCHA *et al.*, 2013; IVLEV *et al.*, 2018; RIKONEN *et al.*, 2019). O DA se caracteriza por ser um material curto não tendencioso em que não só os principais aspectos da doença são explicados, mas também as controvérsias e incertezas (VOLK; LLEWELLYN-THOMAS, 2012; STACEY *et al.*, 2017). A apresentação pode ser em papel (folheto), virtual ou outra forma de comunicação. Através dele, o paciente vai receber informação, entender que pode se envolver no processo de escolha e ficar ciente sobre a falta de consenso sobre determinado assunto, facilitando a conversa que será realizada posteriormente com o médico (VOLK; LLEWELLYN-THOMAS, 2012; STACEY *et al.*, 2017). O uso do DA está associado ao aumento do conhecimento e do grau de satisfação do paciente (WILT *et al.*, 2001; VOLK *et al.*, 2007; IVLEV *et al.*, 2018).

Na atenção primária à saúde (APS), o rastreamento do câncer de próstata é feito pelo clínico ou médico de família. No caso em que há alteração do antígeno prostático específico (PSA) ou do exame de toque retal, o paciente é encaminhado para avaliação com especialista (BRASIL, 2016; MODESTO *et al.*, 2018; TELESSAÚDERS, 2018). O grande problema é a ausência de diálogo sobre os riscos e benefícios dessa abordagem, bem como a falta de participação do paciente na decisão sobre rastrear. Várias são as dificuldades para implementar a decisão compartilhada na APS (LEGARE *et al.*, 2008) que vão desde o escasso tempo para

a consulta, a falta de treinamento médico para abordar o tema e o desejo que o paciente traz consigo de prevenir o câncer de próstata devido às constantes campanhas divulgadas na mídia. Por isso, acaba-se solicitando o PSA de rotina para a maioria dos homens acima de 50 anos sem grande discussão sobre os benefícios e malefícios dessa prática (INCA, 2013; MODESTO *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

Apesar desses empecilhos, a realização da DC no contexto da APS poderia evitar um ciclo de exames e encaminhamentos desnecessários (EVANS *et al.*, 2008; LEGARE *et al.*, 2008), assim como o desgaste físico e psicológico do paciente. A DC permite que a conduta rotineira de solicitar o PSA seja debatida com o paciente, realizando uma decisão conjunta que poderia ser desfavorável ao *screening* (MOUMJID *et al.*, 2007; STIGGELBOUT *et al.*, 2015).

Mesmo já existindo revisões sistemáticas sobre o assunto, ainda não está claro qual tecnologia auxiliar é a mais efetiva na DC em um contexto geral (LEGARE *et al.*, 2014; IVLEV *et al.*, 2018; MARTINEZ-GONZALES *et al.*, 2018). E as lacunas de conhecimento são ainda maiores quando o cenário é a APS (LANDREY *et al.*, 2013; STAMM *et al.*, 2017). Assim, se evidencia a importância de realizar uma revisão sistemática sobre o assunto focando no âmbito da APS. Desta forma, a pergunta deste estudo é: qual é a tecnologia auxiliar mais efetiva na realização da decisão compartilhada no rastreamento do câncer de próstata na atenção primária?

3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, será descrito o impacto do câncer de próstata na saúde dos homens do Brasil e do mundo, as controvérsias do rastreamento populacional dessa neoplasia como política pública e o posicionamento das principais entidades, sociedades e órgãos governamentais sobre o assunto. Na sequência, será exposto como surgiu a decisão compartilhada no contexto de incertezas do rastreamento, suas formas de implementação e realização no âmbito da APS.

3.1 Epidemiologia do câncer de próstata

O câncer de próstata é o segundo tumor mais frequente e o segundo também em mortalidade em homens brasileiros (BRASIL, 2019). Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam 65.840 novos casos da doença a cada ano, em 2020 e 2022. Isso corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens. No Rio Grande do Sul, a neoplasia segue o mesmo padrão do resto do país, sendo a segunda mais incidente nos homens atrás do câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2019). O aumento na incidência e mortalidade por esse câncer se deve, possivelmente, pelo envelhecimento populacional, advento de exames diagnósticos, melhoria dos sistemas de informação e implementação do rastreamento (SANTOS *et al.*, 2018; BRASIL, 2019).

Um artigo realizado pela *International Agency of Research on Cancer* estimou 18,1 milhões de novos casos de câncer no mundo e 9,6 milhões de mortes atribuídas a ele em 2018 (excluindo os tumores de pele não melanoma) (BRAY *et al.*, 2018). Nessa estimativa global, o câncer de pulmão surge como o mais incidente e a principal causa de mortalidade nos homens. Em incidência, é seguido pelo câncer de próstata e colorretal, mas em mortalidade é seguido pelo câncer de fígado e estômago. É interessante perceber que o câncer de próstata é o mais incidente nas Américas (BRAY *et al.*, 2018; SIEGEL *et al.*, 2019) enquanto o de pulmão, em praticamente toda a Ásia (BRAY *et al.*, 2018).

O câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, pois cerca de 75% dos casos surgem a partir dos 65 anos (MOTTET *et al.*, 2018). Entre os fatores de risco bem estabelecidos para a doença estão: idade, raça e história

familiar. Pacientes da raça negra tem chance maior de desenvolver a doença e história familiar de câncer de próstata em parente de primeiro grau também aumenta o risco (MOTTET *et al.*, 2018; BRASIL, 2019; WEIN, 2020). A doença hereditária verdadeira ocorre somente em pequena parcela da população (MOTTET *et al.*, 2018).

3.2 Diagnóstico do câncer de próstata

O câncer de próstata costuma ser assintomático na fase inicial (WEIN, 2020). A presença de sintomas miccionais geralmente está associada à outra patologia que pode coexistir nessa faixa etária que é a hiperplasia de próstata, doença benigna bastante prevalente na população masculina (MOTTET *et al.*, 2018).

Os exames utilizados tanto na detecção precoce quanto no rastreamento do câncer de próstata são o antígeno prostático específico (PSA) e o exame de toque retal. O PSA é uma glicoproteína próstata-específica descoberta no final da década de 1980 (STAMEY *et al.*, 1987). Na época da sua disseminação, houve um aumento importante no número de casos diagnosticados de câncer de próstata com posterior declínio e estabilização (SIEGEL *et al.*, 2019). Em relação à mortalidade, houve progressiva diminuição após a década de 1990 (SIEGEL *et al.*, 2019). Essa queda foi atribuída não só ao uso do PSA em larga escala, mas também à realização de tratamento curativo em maior proporção e melhorias no tratamento da doença avançada (ANDRIOLE *et al.*, 2012). Apesar do PSA ser amplamente aceito como um marcador do câncer de próstata, ele é órgão-específico e não câncer-específico. Ou seja, patologias benignas que acometem a próstata como a prostatite e a hiperplasia de próstata também podem ser responsáveis pela sua elevação (BRASIL, 2010; MOTTET *et al.*, 2018; WEIN, 2020). Isso explica a taxa de falsos positivos do exame para o câncer de próstata. Durante muito tempo, foi usado o valor maior que 4 ng/ml para indicar prosseguimento da investigação. Após a publicação de alguns estudos, percebeu-se que a diminuição do valor de corte do PSA causava mais diagnósticos de doença órgão-confinada (CATALONA *et al.*, 1991). Isso fez com que muitos médicos passassem a recomendar biópsia para homens com até 60 anos que apresentassem PSA acima de 2,5 ng/ml. Ou seja, o limiar ficou ainda mais baixo para pacientes jovens. Na contramão, passou-se a

tolerar um valor mais alto para pacientes acima de 70 anos. Alguns adjuntos do PSA que passaram a ser aceitos para melhorar a sua performance foram: PSA livre, velocidade do PSA e densidade (MOTTET *et al.*, 2018; WEIN, 2020). Existem ainda calculadoras de risco, bem como novos marcadores e a ressonância multiparamétrica de próstata que podem ser utilizados a fim de evitar biópsias desnecessárias (MOTTET *et al.*, 2021).

Antes do advento do PSA, o exame de toque retal era o único disponível para a detecção do câncer de próstata. Ele é simples de ser realizado e é examinador-dependente. Com a disseminação do PSA, ambos viraram os exames preconizados na detecção da doença. As taxas de detecção são maiores com o PSA do que com o toque mas ainda maior com ambos os testes (CATALONA *et al.*, 1991). Schröder *et al* (1998) demonstraram que o PSA aumenta o valor preditivo positivo (VPP) do toque retal. No estudo, o valor preditivo positivo do toque variava de 4–11% em paciente com PSA entre 0–2,9 ng/ml e de 33–83% com PSA de 3–9,9 ng/ml ou mais, chegando à conclusão que o toque retal tem baixa performance com PSA baixo. Desde então, diversos trabalhos vêm corroborando a evidência de que o exame de toque retal tem valor prognóstico significativo somente quando o PSA está acima de 3 ng/ml (HALPERN *et al.*, 2018). Logo, questiona-se o papel do exame de toque no rastreamento tendo em vista sua baixa sensibilidade (SCHRÖDER *et al.*, 1998; HALPERN *et al.*, 2018).

A alteração do PSA ou do exame de toque indica necessidade de prosseguir investigação diagnóstica com ressonância multiparamétrica de próstata (quando disponível) ou biópsia de próstata guiada por ecografia transretal (MOTTET *et al.*, 2018; WEIN, 2020). A biópsia consiste em retirar fragmentos da próstata para confirmar a presença de neoplasia. A detecção precoce se diferencia do rastreamento por ser uma estratégia que também tem objetivo de descobrir a doença em fase inicial só que em pacientes com sinais e sintomas (MOTTET *et al.*, 2018; WEIN, 2020).

3.3 Controvérsias sobre o rastreamento do câncer de próstata

O rastreamento tem como definição a aplicação de exames ou testes em pessoas assintomáticas com o objetivo de selecionar indivíduos para intervenções

cujo benefício potencial seja maior que o dano potencial, a fim de reduzir a morbimortalidade da condição rastreada (BRASIL, 2010; GUSSO, 2012). Alguns dos tipos são: em massa (populacional), seletivo (em quem tem fator de risco) e oportunístico (em quem vai consultar).

Wilson e Jungner (1968) estabeleceram alguns princípios para a adoção de um programa de *screening*. Para eles, a doença deve representar um importante problema de saúde pública que seja relevante para a população e a história natural da doença ou do problema deve ser bem conhecida. É necessário existir um estágio pré-clínico (assintomático) bem definido durante o qual a doença possa ser diagnosticada e o tratamento ser aceitável. Os exames que detectam a condição clínica no estágio assintomático precisam estar disponíveis, serem aceitáveis e confiáveis. Os custos do rastreamento e tratamento devem ser razoáveis e compatíveis com o orçamento destinado ao sistema de saúde como um todo. O *screening* necessita ser um processo contínuo e não único.

No caso do rastreamento do câncer de próstata, o debate sobre o real benefício dessa conduta teve início com a publicação de dois grandes ensaios clínicos no início desse século. O estudo *Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial* (PLCO) avaliou 76.685 homens com idade entre 55 e 74 anos em 10 centros americanos. A intervenção era a realização anual do PSA por 6 anos e do toque retal por 4 anos. Ao grupo controle era oferecido o cuidado usual (com rastreamento oportunístico se requisitado pelo participante ou recomendado pelo médico). O *screening* era considerado positivo quando o PSA vinha maior que 4ng/ml ou quando havia alteração suspeita no exame de toque. O PLCO não encontrou diminuição da mortalidade no grupo intervenção após 13 anos de seguimento (ANDRIOLE *et al.*, 2012). Uma das críticas a esse estudo é a contaminação da amostra no grupo controle com o oferecimento do rastreamento oportunístico (PINSKY *et al.*, 2010).

O *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer* (ERSPC), realizado em 8 países da Europa, randomizou 162.388 homens entre 55 e 69 anos. O rastreamento no grupo intervenção foi realizado através do PSA. Quando o resultado era maior que 3, indicava-se a biópsia. No grupo intervenção, foi detectado mais casos da doença em fase inicial. Já a doença avançada e metastática foi mais frequente no grupo controle. O estudo demonstrou redução da mortalidade câncer-específica para o grupo do rastreamento, com uma redução relativa do risco de 21%

após 13 anos de seguimento. Não houve mudança na mortalidade geral (SCHRÖDER *et al.*, 2014).

Esses resultados contraditórios entre os dois maiores estudos realizados até aquele momento fizeram com que o tema se tornasse controverso, levando a uma falta de consenso sobre a recomendação do *screening* do câncer de próstata (INCA, 2013; QASSEM *et al.*, 2013; BELL *et al.*, 2014). Em 2012, o United States Preventive Task Force (USPSTF) lançou uma recomendação “grau D” contra o rastreamento populacional em qualquer faixa etária (MOYER, 2012), resultando também na redução do uso do PSA na detecção precoce (DRAZER *et al.*, 2015). Essa recomendação contribuiu para a mortalidade geral do câncer de próstata se estabilizar entre 2013 e 2015 (após anos de significativo declínio) (NEGOITA *et al.*, 2018) e a incidência de doença avançada começar a aumentar (KELLY *et al.*, 2018; NEGOITA *et al.*, 2018).

A Cochrane publicou uma revisão sistemática em 2013 que demonstrou que o *screening* aumenta o diagnóstico do câncer de próstata sem causar redução na mortalidade geral nem na específica (ILIC *et al.*, 2013). Uma nova revisão realizada pelo mesmo grupo e publicada em 2018 concluiu que o rastreamento leva a uma pequena redução na mortalidade câncer-específica em 10 anos mas sem afetar a mortalidade geral, sugerindo que médicos e pacientes que estejam considerando o *screening* avaliem os riscos e benefícios (ILIC *et al.*, 2018).

Tendo em vista esses dados, o USPSTF atualizou a recomendação em 2018 para “grau C”. Ou seja, homens entre 55 e 69 anos deveriam ser informados sobre os riscos e benefícios do rastreamento com PSA já que o exame pode estar associado a um pequeno benefício na sobrevida. A recomendação para “grau D” permaneceu para homens acima de 70 anos (GROSSMAN *et al.*, 2018). Isso marca uma mudança importante porque, ao invés de desencorajar a sua realização, passa a sugerir que o rastreamento seja oferecido dependendo das circunstâncias individuais.

3.4 Riscos e benefícios do *screening*

O benefício esperado do rastreamento é a identificação do câncer de próstata em seu estágio inicial, impedindo sua progressão e aumentando as chances de cura

com o tratamento (SCHRÖDER *et al.*, 2012; SCHRÖDER *et al.*, 2014; KELLY *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018; MOTTET, 2018). O exame inicial a ser realizado é o PSA que tem baixo custo e é de simples realização (CATALONA *et al.*, 1991). Desde a introdução e difusão desse exame, houve uma diminuição da mortalidade pela doença que se estende por duas décadas (SIEGEL *et al.*, 2019). Isso é atribuído não somente à realização do PSA, mas também à evolução nos tratamentos curativos, paliativos e na melhora dos sistemas de informação (ANDRIOLE *et al.*, 2012).

O principal argumento de quem é contra o rastreamento é a evidência de que sua realização não diminui a mortalidade geral (ANDRIOLE *et al.*, 2012; SCHRÖDER *et al.*, 2014), com pequena alteração na mortalidade câncer-específica (SCHRÖDER *et al.*, 2012; SCHRÖDER *et al.*, 2014). O risco de rastrear está relacionado, por exemplo, com os resultados falsos-positivos dos exames diagnósticos, gerando ansiedade e necessidade de exames cada vez mais invasivos como a biópsia de próstata (PINSKY *et al.*, 2014; MODESTO *et al.*, 2018; MARTIN *et al.*, 2018). As complicações mais frequentes são sangramento anal, hematoespermia e hematúria (ECKE *et al.*, 2008) que podem persistir por algumas semanas e costumam ter redução progressiva de intensidade. Quanto a complicações maiores, temos a infecção ou prostatite aguda, obstrução urinária e hemorragia. A taxa de ocorrência é pequena e a hospitalização é necessária em menos de 2% dos pacientes (ECKE *et al.*, 2008, CHIANG *et al.*, 2007).

Outro ponto importante nos argumentos contra o rastreamento é a questão do sobrediagnóstico e sobretratamento que se referem ao diagnóstico e ao tratamento de um possível câncer inicial que não evoluiria clinicamente e não ameaçaria a vida (MODESTO *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018). Sabe-se que os tratamentos disponíveis para o câncer de próstata (cirurgia, radioterapia e /ou bloqueio hormonal) podem ocasionar incontinência urinária e disfunção erétil como complicações (SANTOS *et al.*, 2018; MOTTET *et al.*, 2018; WEIN, 2020). A vigilância ativa é uma opção para os pacientes diagnosticados com doença de muito baixo risco, postergando o início do tratamento para quando houver evidência de progressão do câncer pelo exame bioquímico ou histológico (MOTTET *et al.*, 2018; WEIN, 2020). A vigilância ativa exige o acompanhamento do paciente com exames periódicos incluindo biópsias. Contudo, não é raro o tratamento ser indicado mesmo em casos bem iniciais porque muitos homens têm dificuldade em aceitar conviver com um

câncer não tratado (WEIN, 2020). O sobretratamento também ocorre em homens muito idosos. Nesses casos, o *watchfull waiting* deve ser sempre considerado. Ele consiste no acompanhamento dos pacientes até o desenvolvimento de metástase que necessitem tratamento paliativo, sem necessidade de realizar exames invasivos periódicos (MOTTET *et al.*, 2018; WEIN, 2020).

Não existe consenso sobre o intervalo de realização do *screening*. O mais amplamente divulgado na mídia é o anual. Contudo, estudos como o PLCO e o ERSCP adotaram intervalos que variavam de anual, bianual e até a cada quatro anos (ANDRIOLE *et al.*, 2012; SCHRÖDER *et al.*, 2014). Atualmente, visando diminuir o sobrediagnóstico e o sobretratamento, estratégias menos intensivas como a de prolongar o intervalo para novo rastreamento vêm sendo preferidas (CARTER *et al.*, 2013; MOTTET *et al.*, 2018; ACS 2021).

3.5 Posicionamento das entidades, sociedades e órgãos governamentais sobre o rastreamento populacional

Devido às incertezas existentes sobre o risco-benefício do rastreamento do câncer de próstata, não existe um consenso entre as sociedades médicas e os órgãos governamentais sobre o assunto. Diversas entidades voltadas à formulação de políticas de saúde e diretrizes preventivas têm se posicionado contra essa estratégia pela ausência de alteração da mortalidade geral (ANDRIOLE *et al.*, 2012; SCHROEDER *et al.*, 2014) e pelo pequeno efeito na mortalidade câncer específica (SCHROEDER *et al.*, 2014). Esse benefício pode não compensar os riscos relacionados à biópsia prostática, ao impacto dos resultados falsos positivos dos exames diagnósticos, ao sobrediagnóstico e às sequelas do tratamento (PINSKY *et al.*, 2014; MODESTO *et al.*, 2018). Abaixo, segue um resumo das atuais recomendações das principais sociedades nacionais e internacionais em relação ao rastreamento do câncer de próstata.

A American Academy of Family Physicians (AAFP) não recomenda a realização rotineira do PSA em homens com menos de 50 anos, mais de 70 anos ou com expectativa de vida menor que 10 a 15 anos. Ela sugere que os médicos informem os pacientes sobre os riscos e benefícios de realizar o exame, utilizando a decisão compartilhada (MULHEM *et al.*, 2015).

A American College of Physicians (ACP) recomenda que o médico informe os homens entre 50 e 69 anos sobre os potenciais benefícios e riscos do *screening*. Pacientes que não tenham manifestado uma preferência clara não devem ser rastreados. A ACP também não recomenda o rastreamento em pacientes abaixo de 50 anos, acima de 69 anos ou com expectativa de vida menor que 10 a 15 anos (QASEEM *et al.*, 2013).

A American Cancer Society (ACS) sugere que os homens tenham a possibilidade de fazer uma decisão informada com seu médico sobre a realização do rastreamento. A decisão deve ser tomada após receber informações sobre as incertezas, riscos e potenciais benefícios dessa conduta. A ACS enfatiza que homens não devem ser rastreados exceto se tiverem recebido essas informações. A discussão sobre *screening* deve ser realizada em homens a partir dos 50 anos com expectativa de vida de pelo menos 10 anos. Se houver fator de risco para câncer de próstata (afrodescendentes e história familiar em primeiro grau de câncer de próstata antes dos 65 anos), a partir dos 45 anos. No caso do paciente não estar apto para opinar, recomenda-se que a decisão de rastrear seja realizada pelo médico levando em consideração as patologias do paciente, seus valores e preferências. Quando o *screening* é negativo e o PSA menor do que 2,5 ng/ml, a ACS sugere que o mesmo seja repetido a cada 2 anos. Se PSA maior ou igual a 2,5 ng/ml, anualmente (ACS 2021).

A American Society of Clinical Oncology (ASCO) desencoraja o rastreamento do câncer de próstata com PSA em homens com expectativa de vida maior ou igual a 10 anos pois os riscos parecem superar os potenciais benefícios. No caso de pacientes com expectativa de vida maior do que 10 anos, a ASCO recomenda que o médico converse se o *screening* é apropriado já que o exame PSA, apesar de salvar vidas, está associado a riscos incluindo complicações de biópsias desnecessárias, cirurgia ou radioterapia. A ASCO também sugere a disponibilização de informações escritas em linguagem leiga para o médico e os pacientes a fim de facilitar a discussão antes da solicitação rotineira do PSA (BASCH *et al.*, 2012).

A American Urological Association (AUA) reconhece que em homens entre 55 e 69 anos, a decisão de rastrear com PSA deve envolver a avaliação dos benefícios de reduzir a taxa de tumores metastáticos e prevenir morte pelo câncer de próstata com os potenciais riscos associados ao *screening* e tratamento. Por essa razão, recomenda fortemente a realização da decisão compartilhada em pacientes nessa

faixa etária que estejam considerando realizar rastreamento com PSA, levando em consideração seus valores e preferências. A AUA, com o objetivo de reduzir os riscos do rastreamento, sugere que o intervalo para sua realização de rotina seja a cada dois anos ou mais (naqueles que participaram da decisão compartilhada e optaram por rastrear). Isso ocorre porque, quando comparado ao rastreamento anual, é esperado que o intervalo de 2 anos preserve a maioria dos benefícios, reduza o sobrediagnóstico e os falsos positivos. A AUA não recomenda o *screening* de rotina com PSA para homens com menos de 40 anos, com mais de 70 anos ou com expectativa de vida menor que 10 a 15 anos. Porém, deixa claro que alguns homens acima de 70 anos podem se beneficiar com o rastreamento (CARTER et al., 2013).

A Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) não recomenda a realização do rastreamento do câncer de próstata com PSA. Contudo, sugere que os médicos discutam sobre os riscos e benefícios do *screening* em homens que tenham um risco aumentado para a doença (negros ou história familiar positiva), considerando seus valores e preferências (BELL et al., 2014).

A European Urological Association (EUA) sugere que os homens não sejam submetidos ao teste do PSA sem receber aconselhamento sobre os potenciais riscos e benefícios. Uma estratégia individual risco-adaptada de detecção precoce deve ser oferecida para homens bem-informados com expectativa de vida de pelo menos 10 a 15 anos. A EUA preconiza a realização do PSA em homens bem-informados que tenham risco elevado para câncer de próstata (acima de 50 anos, acima de 45 anos com história familiar de câncer de próstata, afrodescendentes com mais de 45 anos e portadores de mutação BRCA2 a partir dos 40 anos) (MOTTET et al., 2018).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), baseado em evidências científicas de que o rastreamento do câncer de próstata produz mais dano do que benefício, mantém a recomendação de que não se organizem programas de rastreamento para o câncer da próstata. Homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento devem ser informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática. O INCA reafirma o apoio a iniciativa de aprimorar as estratégias de comunicação sobre os benefícios e malefícios do rastreamento do câncer de próstata (e de outros cânceres) e da decisão informada e compartilhada em situações individuais (INCA, 2013).

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) mantém a recomendação de que homens a partir de 50 anos devem procurar um profissional especializado para avaliação individualizada. Pacientes da raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata, aos 45 anos. Sugere-se que o rastreamento deva ser realizado em decisão compartilhada com o paciente após ampla discussão de riscos e potenciais benefícios. Após os 75 anos, recomenda a realização somente se expectativa de vida acima de 10 anos (SBU 2018).

A United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recomenda que em homens com idade entre 55 e 69 anos, a decisão de realizar o *screening* para o câncer de próstata com o PSA deve ser individualizada. Antes de decidir sobre rastrear, os homens devem ter a oportunidade de discutir os potenciais benefícios e riscos do rastreamento com o médico e incorporar os próprios valores e preferências na decisão. A USPSTF informa que o rastreamento oferece um potencial pequeno benefício de reduzir as chances de morte pelo câncer de próstata em alguns homens. Ela também relata que muitos sofrerão com os potenciais riscos, incluindo um falso-positivo (que vai requerer testes adicionais e possibilidade de biópsia de próstata), sobredianóstico e sobretratamento. É enfatizado que, ao determinar se essa conduta é apropriada em casos individuais, pacientes e médicos devem pesar os benefícios e riscos com base na história familiar, raça, comorbidades e preferências. Ela não preconiza o *screening* de homens que não tenham expressado a preferência por essa conduta. Para pacientes com mais de 70 anos, a USPSTF não recomenda a realização do rastreamento (GROSSMAN *et al.*, 2018).

3.6 A decisão compartilhada na medicina

A DC é uma abordagem em que médicos e pacientes compartilham a melhor evidência disponível no momento de tomar decisão. Também é a abordagem em que os pacientes possuem suporte para considerar suas opções, escolhendo as suas preferências (ELWYN *et al.*, 2010). É o modelo de decisão cada vez mais defendido na área da saúde para engajar pacientes quando mais de uma opção razoável está disponível para o diagnóstico, tratamento ou acompanhamento (STIGGELBOUT *et al.*, 2015). Contudo, ainda não há uma única definição sobre seu conceito, bem como suas características (CHARLES *et al.*, 1997). Ela é vista como

um mecanismo para diminuir a assimetria de poder e de informação através do aumento do conhecimento, autonomia e controle do paciente em relação as decisões que afetam o seu bem-estar (EMANUEL *et al.*, 1992).

Em 1972, foi publicado o primeiro artigo com a citação de “compartilhamento de tomada de decisão”. Nele, Veatch *et al* (1972) descrevem quatro modelos de relação médico-paciente para permitir o cuidado a saúde:

- The Engineering Model: uso da ciência acima de preferências e valores.
- The Priestly Model: o médico é como um sacerdote e a relação médico-paciente é descrita como religiosa. O princípio básico de beneficência e não causar maleficência faz com que a decisão compartilhada se aproxime do médico e se afaste do paciente.
- The Collegial Model: o médico e paciente são como colegas lutando por um objetivo final que é eliminar a doença. Há uma igualdade de dignidade, respeito e contribuição de valores ausente nos outros modelos.
- The Contractual Model: dois indivíduos ou grupos interagem de forma que existem obrigações e benefícios esperados de ambas as partes. As normas básicas de liberdade, dignidade e justiça são essenciais para esse modelo. A premissa é a verdade e a confidencialidade, mesmo quando reconhecidamente não existem interesses completamente mútuos. Somente neste modelo pode ocorrer um compartilhamento verdadeiro de autoridade ética e responsabilidade.

Nas últimas décadas, o papel do paciente no processo de decisão vem sendo intensamente debatido. Muitos advogam por um controle maior dos pacientes em relação ao domínio do médico. Existem diversos estudos sobre delinear um modelo mútuo de relacionamento. Em 1992, Emanuel *et al.* publicaram um artigo sobre os quatro modelos de relação médico-paciente descritos anteriormente por Veatch *et al* (1972). No texto, eles discutem os diferentes entendimentos do papel e das obrigações do médico, dos valores do paciente e da concepção da sua autonomia. São eles:

- O Modelo Paternalista: também conhecido como modelo parental ou *priestly*. Nesse modelo, o médico garante que o paciente vai receber a intervenção que melhor promove sua saúde selecionando informações de forma que o doente concorde com o tratamento. Em um extremo, o doutor autoritariamente informa qual intervenção será feita. O foco está no médico que objetivamente decide com

participação limitada do paciente. Esse modelo é justificado em situações de emergência. Contudo, quase não há mais espaço para ele ser utilizado como modelo ideal de rotina.

- O Modelo Informativo/informado: chamado de científico, *engineering* ou *consumer*. Nele, o médico fornece informações relevantes para que o paciente possa escolher a intervenção—ficando clara a distinção entre fatos e valores. O paciente está ciente dos seus valores, mas lhe falta os fatos que serão fornecidos pelo profissional. O conceito de autonomia do paciente é ele assumir o controle da decisão. O médico evita dar uma recomendação por receio de impor sua visão ao paciente, perpetuando a imagem da profissão como impessoal e especializada. O papel do médico fica limitado à troca de informações e fornecimento de conhecimento científico ao paciente.

- O Modelo Interpretativo: tem como objetivo elucidar os valores e preferências do doente e ajudá-lo na escolha da intervenção que mais se aproxime dos seus valores. O médico assume um papel de conselheiro, auxiliando na interpretação dos valores e sugerindo as condutas que mais estejam de acordo com suas preferências. Um ponto negativo é que os pacientes, sobrecarregados com a doença e incertos sobre a sua visão, podem facilmente aceitar uma imposição levando esse modelo a se assemelhar ao paternalista.

- O Modelo Deliberativo: tem como meta fazer com que a interação médico-paciente ajude o paciente a escolher os melhores valores relacionados à sua saúde. O médico atua como um professor ou amigo engajando o paciente no diálogo de qual a melhor ação tomar. O paciente é empoderado não simplesmente para seguir uma preferência mas para considerar, através do diálogo, valores de saúde alternativos e suas implicações para o tratamento. Nesse modelo, o que se discute é se seria adequado o julgamento do médico sobre os valores do paciente, assim como a promoção de valores particulares relacionados à saúde. É provável que a visão do médico em relação a qual valor tem mais peso entrará em conflito com a de outros profissionais e pacientes. Há ainda quem interprete mal esse modelo exatamente porque muitos pacientes desejam receber cuidado médico sem se envolver ou se engajar em deliberações e decisões, podendo acabar intencionalmente na abordagem paternalista.

Ou seja, o que diferencia os quatro modelos é a concepção da autonomia do paciente que cada um deles têm. Ainda no artigo de *Emanuel et al.* (1992), a DC é

introduzida como um processo colaborativo em que médico e paciente fazem contribuições ativas e essenciais. O médico contribui com seu treinamento e conhecimento, incluindo um entendimento sobre as alternativas de tratamento. Já o paciente traz os seus objetivos e valores por meio dos quais os riscos e benefícios das opções de tratamento poderão ser avaliadas. Dessa forma, na DC, a seleção do melhor tratamento exige a contribuição de ambas as partes. Os autores descrevem o modelo deliberativo como um divisor, sendo considerado o ideal na relação médico-paciente.

Todos os modelos podem ser formas justificadas de guiar a relação médico-paciente, e cada um pode ser apropriado dependendo da circunstância clínica. Situações de emergência podem adequar o modelo paternalista, bem como pacientes com valores conflitantes podem se beneficiar do interpretativo (CHARLES *et al.*, 1997).

O Modelo Deliberativo, assim como o *Contractual Model* são os que mais se assemelham ao modelo de DC tão preconizado atualmente (VEATCH *et al.*, 1972; EMANUEL *et al.*, 1992). Contudo, nenhum deles descreve explicitamente um processo em que o médico e o paciente necessariamente compartilham o processo de decisão independentemente da quantidade de informações trocadas (CHARLES *et al.*, 1997).

Em 1997, Charles *et al.* publicaram um artigo com o objetivo de elaborar um conceito mais claro sobre DC e identificar as suas características básicas. Até aquele momento, não existia uma definição que permitisse reconhecer esse modelo. A mudança natural da prática médica de doenças agudas para as crônicas (em que as patologias são mais manejadas do que curadas) fez com que a relação médico-paciente se tornasse mais longa. Para um número crescente de doenças, por exemplo, não há uma melhor opção de tratamento. Isso torna o contexto de decisão mais complexo, pois há mais de uma opção envolvendo diferentes riscos e benefícios (CHARLES *et al.*, 1999). Logo, a inclusão de princípios de autonomia e controle se tornou necessária (CHARLES *et al.*, 1997; CHARLES *et al.*, 1999).

Ainda, conforme Charles *et al.* (1997), os critérios necessários para classificar uma interação médico paciente como decisão compartilhada são:

- Envolver, pelo menos, dois participantes (médico e paciente). Contudo, há espaço para familiares, amigos e outros profissionais da saúde participarem do processo dependendo das circunstâncias. Ao acrescentar mais indivíduos, a

complexidade da interação aumenta.

- O compartilhamento de informação é um pré-requisito. No mínimo, o médico deve informar sobre as alternativas de tratamento e seus potenciais riscos para obter o consentimento informado. Sem essas informações, o paciente não terá o que avaliar e deliberar. É importante salientar que ambos (paciente e médico) devem trazer informações e valores a consulta.

- A decisão de tratamento é realizada e ambas as partes concordam com a decisão. Isso não quer dizer que ambos estão necessariamente convencidos de que a escolha feita é a melhor opção de tratamento, mas todos concordam que é o melhor a ser implementado. Através da aceitação mútua, paciente e médico dividem responsabilidade pela decisão final.

- Ambos os participantes dão passos para participar do processo. Diversas escalas vêm sendo desenvolvidas para mensurar a participação do paciente (por exemplo, nenhuma participação, participação compartilhada e completa autonomia e controle do paciente). A preferência por realizar decisão compartilhada nem sempre é suficiente para fazê-la acontecer e nem todos os pacientes querem realizá-la. Alguns preferem ter um papel passivo no processo de decisão por ser uma característica da personalidade, por não possuir informações ou conhecimento suficiente sobre a doença (nesse caso, uma intervenção com um *decision aid* pode ajudar o paciente a estruturar o processo de decisão compartilhada) ou por acreditar que uma postura mais ativa não é bem aceita na área da saúde. Para o processo ser compartilhado, é necessário que tanto o médico quanto o paciente queiram participar.

Os autores sugerem cinco passos para o médico promover o compartilhamento da decisão (CHARLES *et al.*, 1997):

1. Criar uma atmosfera condutiva.
2. Instigar as preferências do paciente de forma que as opções discutidas sejam compatíveis com seus valores e estilo de vida.
3. Transferir informações técnicas sobre os riscos e benefícios de cada tratamento de uma forma simples, clara e não parcial.
4. Ajudar o paciente a pesar os riscos e benefícios e assegurar que as escolhas são baseadas em fatos e não em conceitos errados.
5. Realizar a recomendação de tratamento, tendo cuidado em não impor seus valores sobre a melhor escolha.

Esse modelo foi revisado pelo mesmo autor em 1999 quando três novos passos foram incluídos no processo de decisão compartilhada: a troca de informação por ambas as partes, a deliberação (paciente e médico com potencial para envolver outros) e a tomada de decisão (paciente e médico). O papel do *decision aid* é descrito no artigo devido ao grande potencial que tem em construir uma relação entre o médico e o paciente ao fornecer informações que permitem que o paciente acesse seu nível de compatibilidade e de conforto com a prática médica proposta. Os *decision aids* costumam ser autoadministráveis e trazem informações baseadas em evidência sobre a patologia, as opções de tratamento, os riscos, os benefícios e incertezas (CHARLES *et al.*, 1999).

Em 2006, Makoul *et al* conduziram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar os conceitos da DC até então descritos. Existia uma sobreposição entre ela e alguns constructos com conotação similar, como a decisão informada, a concordância, a medicina baseada na escolha do paciente, o aumento da autonomia e a participação mútua. Essa inconsistência conceitual levava também a mensurações incongruentes. Nessa revisão, concluiu-se que não havia um conceito único. Os autores propuseram um modelo integrativo baseado na literatura revisada em que se estabelecem alguns elementos essenciais para o processo: definir e explicar o problema, as opções presentes, a discussão dos prós e contras, as preferências e valores do paciente, a discussão da habilidade do paciente, o conhecimento e a recomendação médica, checar o entendimento, realizar e explicitar a decisão escolhida e o acompanhamento.

Muitas questões de metodologia e formas de implementação seguem sendo estudadas. Em 2012, Elwyn *et al.* descreveram em seu artigo um modelo prático e fácil de lembrar. Nele, os autores estabeleceram três passos: *choice talk* (introduzir a escolha), *option talk* (descrever a opção) e *decision talk* (ajudar o paciente a explorar preferências e realizar a decisão). Esse modelo também inclui a utilização de ferramentas e intervenções de auxílio à decisão como o *decision aid* já mencionado. Stiggelbout *et al.* (2015) revisaram esses três passos e sugeriram que o terceiro deveria ser dividido em dois (a discussão sobre as preferências do paciente e a realização da decisão com conversa sobre o possível *follow-up*), totalizando quatro passos para a implementação.

A DC tem o potencial de reduzir o uso excessivo de opções cujo benefício não é claro (EVANS *et al.*, 2008; LEGARE *et al.*, 2014). Ela é vista como um

mecanismo para diminuir a assimetria de poder e de informação entre médicos e pacientes através do aumento de conhecimento e autonomia do paciente em relação às decisões que afetam o seu bem-estar (CHARLES *et al.*, 1997).

3.7 Tecnologias auxiliares da decisão compartilhada

Apesar da DC já ser realizada por alguns profissionais da área da saúde, ainda não há um consenso sobre a melhor forma de implementá-la e quais tecnologias podem ser utilizadas para auxiliar o processo. Muitas questões relacionadas à metodologia seguem sendo pesquisadas (LEGARE *et al.*, 2008; LEGARE *et al.*, 2014; STIGGELBOUT *et al.*, 2015).

Há estudos evidenciando que os pacientes aumentam seu conhecimento e adquirem maior confiança e clareza sobre seus valores com o uso de tecnologias como o *decision aid* (VOLK *et al.*, 2007; BOTICA *et al.*, 2011; STACEY *et al.*, 2017). A conversa sobre os prós e contras de um determinado tratamento ou conduta durante a consulta é um ponto fundamental para a realização da DC, e o uso de alguma tecnologia antes do atendimento parece facilitar o processo de decisão conjunta (STACEY *et al.*, 2017).

3.7.1 Tecnologia (dura, leve-dura e leve)

A tecnologia em saúde é o conjunto de saberes e instrumentos com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas incluindo: medicamentos, equipamentos, procedimentos, sistemas organizacionais e de suporte. Em 1997, Merhy dividiu-a em três classes: dura (por exemplo, máquina e equipamentos), leve-dura (por exemplo, saberes estruturados como a clínica e epidemiologia) e leve (por exemplo, vínculo, acolhimento e comunicação).

Nessa dissertação, será utilizada a palavra “tecnologia” ao invés de “ferramenta” ou “instrumento”. A utilização de tecnologias no processo de DC ajuda a tornar mais clara a evidência e o conhecimento sobre a enfermidade do paciente, assim como as opções terapêuticas e as decisões que deverão ser tomadas sobre sua saúde (BOTICA *et al.*, 2011). As tecnologias são desenhadas para facilitar o desenvolvimento da autonomia do paciente proporcionando informações sobre as

opções diagnósticas, terapêuticas e seus resultados, de forma que os pacientes possam associar a seus próprios valores. Elas não têm a intenção de substituir a consulta médica (BOTICA *et al.*, 2011).

Alguns tipos de tecnologias já descritas na literatura que facilitam a realização da DC são:

- Material educativo é uma tecnologia caracterizada por auxiliar os pacientes a entender sobre o diagnóstico, tratamento e manejo de forma geral, dando uma perspectiva mais ampla do assunto. Ou seja, fornece informações sobre uma ação recomendada no cuidado a saúde (VOLK; LLEWELLYN-THOMAS, 2012; SANTOS *et al.*, 2018). O enfoque desses materiais não é o processo decisório e por isso, não interfere necessariamente na participação na DC (STACEY *et al.*, 2017).
- Decision Aid (DA) é uma tecnologia baseada em evidência criada para ajudar os pacientes na realização específica de deliberações entre as opções disponíveis de cuidados da saúde, melhorando a qualidade da decisão. Ela explicita pontos considerando uma situação particular, em que não há uma “melhor ação” definida, ajudando os pacientes a perceberem que há uma oportunidade de envolvimento nas decisões em relação à sua saúde (VOLK; LLEWELLYN-THOMAS, 2012). Ela não aconselha a escolha de uma opção sobre a outra, mas prepara o paciente para a tomada de decisão baseada em seus valores juntamente com o clínico. Além disso, complementa (mas não substitui) o aconselhamento médico (VOLK; LLEWELLYN-THOMAS, 2012; STACEY *et al.*, 2017). Ao fornecer informação baseada em evidências sobre a patologia, as opções de tratamento, os riscos, os benefícios, as probabilidades e as incertezas, o DA consegue atingir seu objetivo de melhorar a qualidade da decisão por ajudar o paciente a reconhecer seus valores e preferências, engajando-o no processo de DC (VOLK; LLEWELLYN-THOMAS, 2012; STACEY *et al.*, 2017). Essa tecnologia ganhou tanto espaço na área da medicina que, em 2003, formou-se um grupo de pesquisadores e interessados no assunto chamado de International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) liderado pelos professores Glyn Elwyn e Dawn Stacey. O objetivo desse grupo era realçar a qualidade e a efetividade dos DA através da criação de uma estrutura, com base em evidências compartilhadas, que defina critérios para o desenvolvimento, implementação e avaliação dessa tecnologia (VOLK; LLEWELLYN-THOMAS, 2012). Existem diversos DA disponíveis ou em desenvolvimento ao redor do mundo. Contudo, pode haver dificuldade em distinguir quais são fonte de informações de

saúde confiáveis e que podem ajudar na decisão compartilhada. Por isso, surgiu a necessidade de padronizar critérios para essa avaliação. Em 2006, o IPDAS publicou um *checklist* que avalia a qualidade do DA através de 12 dimensões (ELWYN *et al.*, 2006). Diversos estudos vêm sendo publicados sobre o impacto do DA nas decisões sobre *screening*. Uma revisão sistemática com metanálise recente concluiu que essa tecnologia pode aumentar o conhecimento, fazer a pessoa ter mais clareza sobre os seus valores, diminuir os conflitos de decisão e promover um papel mais ativo do paciente no processo (STACEY *et al.*, 2017). O DA pode ser implementado de diferentes formas como: escrito (por exemplo: panfleto ou livreto), multimídia (por exemplo: vídeo, DVD) ou versão Web. Contudo, mais pesquisas são necessárias para compreender profundamente sobre o melhor formato para uso (STACEY *et al.*, 2017).

- Coaching é uma tecnologia leve definida como o fornecimento de suporte não direcionado por um indivíduo treinado (pessoalmente ou remotamente como por telefone ou internet) para uma pessoa ou família que esteja enfrentando uma decisão (STACEY *et al.*, 2013). Através de uma troca verbal interativa, os elementos do *coaching* incluem: acessar as necessidades da tomada de decisão do paciente, fornecer informações sobre as opções, benefícios e malefícios (verbalmente ou através de algum recurso educacional), verificar o entendimento, clarificar os valores associados, construir habilidade em deliberar, comunicar e acessar suporte, rastrear barreiras para implementação e facilitar o processo de DC (STACEY *et al.*, 2013). Profissionais da saúde treinados, estudantes e até leigos podem fornecer *coaching* antes ou depois do uso de um DA como parte do treinamento ou podem realizar na ausência do DA. Mesmo que o paciente expresse a sua preferência ao *coach*, a decisão compartilhada só ocorrerá durante a consulta com o médico (STACEY *et al.*, 2012; STACEY *et al.*, 2013). Uma revisão sistemática realizada em 2012 concluiu que o *coaching* aumenta o conhecimento quando comparado ao tratamento usual. Contudo, esse aumento é similar ao que ocorre quando é comparado com o DA sozinho. O autor conclui que são necessários mais estudos para determinar a real efetividade do *coaching* (STACEY *et al.*, 2012).

3.8 A decisão compartilhada no rastreamento do câncer de próstata

Conforme já descrito, a decisão compartilhada ganhou força no ambiente de dúvida e incertezas criado após a publicação dos dois mais importantes estudos sobre o assunto no início do ano 2000 (ANDRIOLE *et al.*, 2012; SCHRÖDER *et al.*, 2014). Desde então, vem sendo frequentemente recomendada pelas diferentes entidades médicas (CARTER *et al.*, 2013; QASEEM *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2018; GROSSMAN *et al.*, 2018). Diversas publicações comprovam que a DC e as tecnologias auxiliares promovem aumento do conhecimento, maior confiança e mais clareza sobre valores, o que provavelmente leva a um envolvimento mais ativo do paciente (VOLK *et al.*, 2007; LEGARE *et al.*, 2014; STIGGELBOUT *et al.*, 2015; STACEY *et al.*, 2017).

3.9 A decisão compartilhada no âmbito da atenção primária

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído no Brasil em 1998 com a publicação da nova constituição (BRASIL, 1998). A APS é a principal porta de entrada dos usuários do SUS (BRASIL, 2012). Logo, o modelo de atenção à saúde deve ser orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012). As Unidades Básicas de Saúde, que são as principais estruturas físicas, desempenham um papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2012).

A realização do *screening* do câncer de próstata costuma ser feita pelo clínico ou pelo médico de família através da solicitação do PSA ou exame de toque nas UBS (BRASIL, 2012). Quando algum desses exames está alterado, o paciente é encaminhado para avaliação do urologista (BRASIL, 2016; MODESTO *et al.*, 2018; TELESSAÚDERS, 2018). Rotineiramente, o rastreamento é indicado sem discutir os prós e os contras dessa estratégia (INCA, 2013; SANTOS *et al.*, 2018, MODESTO *et al.*, 2018). Isso porque inúmeras são as dificuldades para implementar a DC no âmbito da atenção primária. O escasso tempo de consulta, a falta capacitação e treinamento da equipe em como abordar esse tema e as poucas oportunidades oferecidas de atualização sobre o assunto podem dificultar e até impedir o processo de DC (LEGARE *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2021). Isso faz com que a rotina de solicitação do PSA para homens acima de 50 anos se perpetue,

acarretando aumento no número de encaminhamentos ao urologista devido alterações de PSA (que pode ser um falso positivo) e do toque (que nem sempre é realizado) (BRASIL, 2016). Consequentemente, as filas de encaminhamento crescem e o tempo de espera por uma consulta com especialista aumenta, causando prejuízo para os pacientes e para o sistema de saúde (COULTER, 2006). A DC pode diminuir o uso excessivo de opções que não são claramente benéficas (EVANS *et al.*, 2008) e promover a sustentabilidade do sistema de saúde (COULTER, 2006) principalmente se realizada no âmbito da APS.

Há estudos analisando a participação de outros profissionais da área da saúde nas diferentes etapas do processo da DC (STACEY *et al.*, 2013; LEGARE *et al.*, 2014). O *coaching*, por exemplo, é uma tecnologia leve que prevê o fornecimento de informações e de suporte por um indivíduo treinado para um paciente que esteja enfrentando uma decisão. Frequentemente, a enfermagem ocupa esse papel (STACEY *et al.*, 2012; STACEY *et al.*, 2013). Logo, é importante perceber que profissionais fora da medicina podem se envolver e ajudar no processo.

Existem perfis diferentes de pacientes e nem sempre o diálogo visando uma decisão conjunta será possível. Não é raro encontrar pacientes que não querem participar do processo de decisão, deixando isso a critério do médico (CHARLES *et al.*, 1997). Assim como há aqueles que já trazem consigo o desejo de prevenir o câncer de próstata devido às constantes campanhas divulgadas na mídia, estando pouco dispostos a mudar de opinião. É importante que estratégias de implementação da DC sejam estudadas bem como o uso de tecnologias auxiliares para tornar factível a sua realização na atenção primária (LEGARE *et al.*, 2008), evitando um ciclo de exames indevidos, encaminhamentos desnecessários e desgaste físico e psicológico dos pacientes (EVANS *et al.*, 2008; COULTER, 2006). Deve-se considerar ainda os custos para o sistema de saúde com exames e procedimentos desnecessários. Assim, é reforçado o papel da APS e em especial do médico de saúde da família e comunitária no desenvolvimento de estratégias de implementação da DC no rastreamento do câncer de próstata.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACS. American Cancer Society. **Prostate Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging**. Disponível em:

<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8795.00.pdf>. Acesso em: 23 de abr. 2021.

ANDRIOLE, G. *et al.* **Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up**. J Natl Cancer Inst, v. 104, n. 2, p. 125–132, 2012.

BASCH, E. *et al.* **Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen testing: American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion**. J Clin Oncol, v. 30, n. 24, p. 3020–3025, 2012.

BELL, N. *et al.* **Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test**. CMAJ, v. 186, n. 16, p. 1225–1234, 2014.

BOTICA F. I. *et al.* **Herramienta de Ayuda para la Toma de Decisiones compartida en cáncer de próstata = Patient Decisión Aids Tool for prostate cancer**. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSSI, 2011.

BRASIL. Brasília. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 92/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008**. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de atenção primária: rastreamento**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializa_da_urologia_v_VI.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020: Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

BRAY, F. *et al.* **Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries**. Ca Cancer J Clin, v. 68, p. 394–424, 2018.

CARTER, H. *et al.* **Early detection of prostate cancer: AUA Guideline**. J Urol, v. 190, n. 2, p. 419–426, 2013.

CATALONA, W. *et al.* **Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer.** N Engl J Med, n. 324, p.1156–1161, 1991.

CHARLES, C *et al.* **Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model.** Soc Sci Med, v.49, n. 5, p. 651–661, set.1999.

CHARLES, C. *et al.* **Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango).** Soc Sci Med, v. 44, n. 5, p. 681–692, mar. 1997.

CHIANG I. N. *et al.* **Major complications and associated risk factors of transrectal ultrasound guided prostate needle biopsy: a retrospective study of 1875 cases in Taiwan.** J Formos Med Assoc., v. 106, p. 929–934, 2007

COULTER, A. **Engaging patients in their healthcare.** 2006.

DRAZER, M. W. *et al.* **National Prostate Cancer Screening Rates After the 2012 US Preventive Services Task Force Recommendation Discouraging Prostate-Specific Antigen-Based Screening.** J Clin Oncol, v.33, p. 2416, 2015.

ECKE T. H. *et al.* **Complications and risk factors of transrectal ultrasound guided needle biopsies of the prostate evaluated by questionnaire.** Urol Oncol., v. 26, p. 474–478, 2008.

ELWYN G. *et al.* **Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions.** Med Decis Making, v. 30, p; 701, 2010.

ELWYN, G. *et al.* **Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process.** BMJ, v. 333, 2006.

ELWYN, G. *et al.* **Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice.** J Gen Intern Med, v. 27, n. 10, p. 1361–1367, 2012.

EMANUEL, E. J. *et al.* **Four models of the physician-patient relationship.** JAMA, v. 267, n. 16, 1992.

EVANS, R. *et al.* **Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations.** Patient Education and Counseling, v. 58, n. 1, pg 13-26, 2008.

GROSSMAN, D. *et al.* **Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.** JAMA, v.319, n .18, p. 1901–1913, 2018.

GUSSO, G. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** Porto Alegre: Artmet, 2012, v.1, cap. 7.

HALPERN, J. A. *et al.* **Use of Digital Rectal Examination as an Adjunct to Prostate Specific Antigen in the Detection of Clinically Significant Prostate Cancer.** J Urol, v. 199, n. 4, p. 947–953, abr. 2018.

ILIC, D. *et al.* **Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis.** *BMJ*, v. 362, 2018.

ILIC, D. *et al.* **Screening for prostate cancer.** *Cochrane Database Syst Rev*, v.1, 2013.

INCA. **Rastreamento do Câncer de próstata Novembro de 2013.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rastreamento-prostata-2013.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.

IVLEV, I. *et al.* **Prostate Cancer Screening Patient Decision Aids: A Systematic Review and Meta-analysis.** *Am J Prev Med*, v. 55, n. 6, p. 896–907, 2018.

KELLY, S. *et al.* **Past, Current, and Future Incidence Rates and Burden of Metastatic Prostate Cancer in the United States.** *Eur Urol Focus*, v. 4, n. 1, p. 121–127, 2018.

LANDREY, A. *et al.* **Shared decision making in prostate-specific antigen testing: the effect of a mailed patient flyer prior to an annual exam.** *J Prim Care Community Health*, v. 4, n. 1, p. 67–75, 2013.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** *Saúde Soc*, v.20, n.4, p. 867–874, 2011.

LEGARE, F. *et al.* **Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals.** *Cochrane Database systematic review*, v. 9, 2014.

LEGARE, F. *et al.* **Advancing theories, models and measurement for an interprofessional approach to shared decision making in primary care: a study protocol.** *BMC Health Services Research*, 2008.

MAKOUL G. *et al.* **An integrative model of shared decision making in medical encounters.** *Patient Educ Couns*, v. 60, n. 3, p. 301–312, mar. 2006.

MARTIN, R. *et al.* **Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality.** *JAMA*, v. 319, n. 9, p. 883–895, mar. 2018.

MARTINEZ-GONZALES *et al.* **The effects of shared decision-making compared to usual care for prostate cancer screening decisions: a systematic review and meta-analysis.** *BMC Cancer*, v. 18, n. 1, 2018.

MERHY, E.; MALTA, D. **A micropolítica do processo de trabalho em saúde.** *Ver Min Enf*, v. 7, n. 1, p. 61–66, 2003.

MODESTO, A. *et al.* **Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem.** *Interface*, v. 22, n. 64, p. 251–262, 2018.

MOTTET, N. *et al.* **European Association of Urology 2018. Guidelines on Prostate Cancer.** Disponível em: <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>.

MOUMJID, N. *et al.* **Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing?** *Med Decis Making*, v. 27, n. 5, p. 539–546, 2007.

MOYER, V; U.S. Preventive Services Task Force. **Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.** *Ann Intern Med*, v. 157, n. 2, p. 120–134, 2012.

MULHEM, E; FULBRIGHT, N; DUNCAN, N. **Prostate Cancer Screening.** *Am Fam Physician*, v. 92, n. 8, p. 683–688, 2015.

NEGOITA, Serban *et al.* **Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, part II: Recent changes in prostate cancer trends and disease characteristics.** *Cancer*, v 124, n. 13, p. 2801–2814, jul. 2018.

PINKSY, P. *et al.* **Assessing contamination and compliance in the prostate component of the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial.** *Clin Trials*, v. 7, n. 4, p. 303–311, 2010.

PINSKY, P.; PARNES, H.; ANDRIOLE, G. **Mortality and complications after prostate biopsy in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening (PLCO) trial.** *BJU Int*, v. 113, n. 2, p. 254–259, 2014.

QASEEM, A. *et al.* **Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians.** *Ann Intern Med.*, v. 158, n. 10, p. 761–769, 2013.

RIIKONEN, J. *et al.* **Decision Aids for Prostate Cancer Screening Choice: A Systematic Review and Meta-analysis.** *JAMA Intern Med*, v. 179, n. 8, p. 1072–1082, 2019.

SANTOS, R. *et al.* **A decisão clínica compartilhada diante dos riscos do rastreamento do câncer de próstata.** *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 16, n. 43, 2021.

SANTOS, R. O. M. *et al.* **Construção compartilhada de material educativo sobre câncer de próstata.** *Rev Panam Salud Publica*, V. 42, ed. 122, 2018.

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. **Nota oficial 2018 – Rastreamento do Câncer de Próstata.** Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/publico/noticias/nota-oficial-2018-rastreamento-do-cancer-de-prostata/>. Acesso em 14 nov. 2021.

SCHRÖDER, F. H *et al.* **The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer – Prostate Cancer Mortality at 13 Years of Follow-up.** *Lancet*; v. 384, n. 9959, p. 2027–2035, 2014.

SCHRÖDER, F. H. *et al.* **Prostate Cancer Mortality at 11 years of Follow-up in the ERSPC.** *N Engl J Med*, v.366, n. 11, p. 981–990, mar. 2012.

SCHRÖDER, F. H. *et al.* **Evaluation of the digital rectal examination as a screening test for prostate cancer.** *Rotterdam section of the European*

Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. J Natl Cancer Inst, v. 90, n. 23, p. 1817–1823, dez. 1998.

SEPUCHA, K. *et al.* **Establishing the effectiveness of patient decision aids: key constructs and measurement instruments.** BMC Med Inform Decis Mak, v. 13, 2013. Supl. 2.

SIEGEL, R. L. *et al.* **Cancer Statistics.** CA CANCER J CLIN, v. 69, p. 7–34, 2019.

STACEY, D. *et al.* **Coaching and guidance with patient decision aids: A review of theoretical and empirical evidence.** BMC Medical Informatics and Decision Making, v. 13, 2013. Supl. 2.

STACEY, D. *et al.* **Decision aids for people facing health treatment or screening decisions.** Cochrane Database Syst Rev, v. 4, n. 4, abr. 2017.

STACEY, D. *et al.* **Decision coaching to prepare patients for making health decisions: a systematic review of decision coaching in trials of patient decision aids.** Med Decis Making, v. 32, n. 2, mai/jun 2012.

STAMEY, T. A. *et al.* **Prostate-specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of the prostate.** N Engl J Med, v. 317, 1987.

STAMM, A. *et al.* **A decision aid versus shared decision making for prostate cancer screening: results of a randomized, controlled trial.** Can J Urol, v. 24, n. 4, p. 8910–8917, 2017.

STIGGELBOUT, A. M. *et al.* **Shared decision making: Concepts, evidence, and practice.** Patient Educ Couns, v. 98, n. 10, p. 1172–9, out. 2015.

TAYLOR, K. *et al.* **Decision making in prostate cancer screening using decision aids vs usual care: a randomized clinical trial.** JAMA Intern Med, v. 174, n. 18, p. 1704–1712, 2013.

TELESSAÚDERS. UFRGS. **Protocolo de encaminhamento urologia adulto**, 2018. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/ptrs_urologia.pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

VEATCH, R. M. *et al.* **Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship?** Hastings Cent Rep, v. 2, n. 3, p. 5–7, jun. 1972.

VOLK R; LLEWELLYN-THOMAS, H. **The 2012 IPDAS Background Document: An Introduction. 2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document.** 2012.

VOLK, R. *et al.* **Trials of Decision Aids for Prostate Cancer Screening: A systematic Review.** Am J Prev Med, v. 33, n. 5, p. 428–434, 2007.

WEIN. Campbell Walsh Wein **Urology**. Elsevier, v. 3, 2020.

WILSON, J. M. G.; JUNGNER, G. **Principles and practice of screening for disease.** Geneva: World Health Organization, PUBLIC HEALTH PAPERS, n. 34, 1968.

WILT, T.J. *et al.* **Educating men about prostate cancer screening. A randomized trial of a mailed pamphlet.** Eff Clin Pract, v. 4, n. 3, p. 112–120, 2001.

ARTIGO

Este artigo será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública cujas normas de publicação constam no apêndice A da dissertação.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta revisão sistemática, não é possível concluir qual é a tecnologia auxiliar mais efetiva na realização da decisão compartilhada no rastreamento do câncer de próstata na atenção primária. A diferença de conteúdo e formato das tecnologias utilizadas associadas à medição dos desfechos com instrumentos não validados e em momentos diversos, gera vieses importantes, dificultando a comparação entre os estudos, a análise dos resultados e o seu impacto. A pouca representatividade de afrodescendentes, assim como de homens com baixo grau de instrução, compromete a aplicabilidade em realidades menos favorecidas. Essa revisão sistemática e metanálise foi a primeira realizada somente com estudos na atenção primária. Foi possível evidenciar diminuição da taxa de rastreamento com a intervenção DA vídeo. Porém, esse efeito se mostrou transitório. Também se demonstrou aumento do conhecimento com a exposição ao DA no formato folheto/papel, mas não foi possível avaliar se esse achado persistia após um período por falta de dados disponíveis. É fundamental que sejam realizadas mais pesquisas para avaliar o tempo de duração do efeito das intervenções assim como a necessidade de exposição periódica a elas. Mesmo sendo altamente recomendada pelas sociedades médicas como melhor prática de comunicação médico-paciente, muitos elementos da DC ainda precisam ser estudados e definidos.

APÊNDICE E ANEXOS

APÊNDICE A - Normas para publicação no cadernos de saúde pública (CSP)

Instrução para Autores

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de

desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).