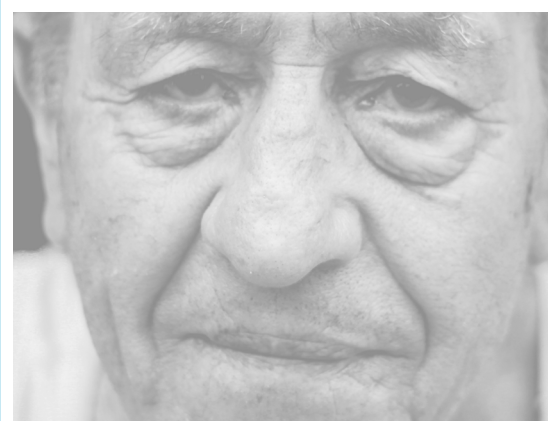




**Auxiliar de
Decisão sobre
o Rastreo
do Cancro da
Próstata**



**FAZER A
MELHOR
ESCOLHA.**



Este auxiliar de decisão foi adaptado de “Making the Best Decision” (Universidade de *Georgetown*, *EUA*).

Autores

Sofia Baptista, MD, MSc ^{1,2,3}

Andreia Teixeira, PhD ³

Bruno Heleno, MD, PhD ⁴

Kathryn Taylor, PhD ⁵

Carlos Martins, MD, PhD ^{1,3}

1. Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2. Unidade de Saúde Familiar Serpa Pinto, Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental
3. Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Universidade do Porto.
4. CEDOC, Chronic Diseases Research Centre, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa.
5. Departamento de Oncologia, Lombardi Comprehensive Cancer Center, Universidade de Georgetown, Whashington, D.C., Estados Unidos da América.

Revisão independente

Armando Brito de Sá, MD, PhD

Unidade de Saúde Familiar Conde Saúde, Agrupamento dos Centros de Saúde da Arrábida

Design

Carla Amaral

Tradução em colaboração com a Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Mestrado em Tradução e Serviços Linguísticos

Elena Zagar Galvão, PhD (coordenadora)

Helena Santos, Alexandra Palmeiro, Carina Rodrigues, Fu Yujia (mestrandas)



FAZER A
MELHOR
ESCOLHA.

Auxiliar de Decisão sobre o Rastreio do Cancro da Próstata

Todos os anos, muitos homens fazem o **rastreio do cancro da próstata**. Por outro lado, existem homens que decidem não o fazer e outros que ainda não tomaram uma decisão. Independentemente do grupo com o qual se identifica, poderá questionar-se por que deve dedicar parte do seu tempo a ler este auxiliar de decisão sobre o **rastreio do cancro da próstata**.

Poderá ficar surpreendido ao saber que existe incerteza sobre se os homens devem realizar o rastreio para o cancro da próstata ou não.

Com base no atual conhecimento médico, sabemos que o **rastreio** pode detetar **cancro da próstata** numa fase inicial. Mas ainda não sabemos se o diagnóstico precoce do **cancro da próstata** poderá salvar vidas. A investigação necessária para dar uma resposta definitiva a esta pergunta levará anos a ser concluída.

O que sabemos é que todos os homens devem entender os prós e os contras do **rastreio do cancro da próstata** para que possam tomar uma **decisão informada**. Trata-se de uma escolha individual e a sua decisão deverá ter em conta os factos que já sabe, as conversas com o seu médico e as suas próprias crenças. Depois de passar por este processo, há homens que preferem o **rastreio**, outros que preferem não o fazer, e ainda outros que permanecem indecisos. Após ter lido as informações aqui apresentadas e ter conversado com o seu médico, estará mais capacitado para fazer a melhor escolha.

*Este auxiliar de decisão ajudá-lo-á a perceber o que já se sabe e o que ainda não se sabe sobre o **rastreio do cancro da próstata**.*

*Além disso, nas páginas 29 e 30 está disponível uma grelha que o pode ajudar a ponderar as suas prioridades e crenças relativamente a este **rastreio**.*

SAIBA o essencial sobre a próstata

PERCEBA por que não há escolhas certas ou erradas em relação ao rastreio do cancro da próstata

CONHEÇA os factos sobre o rastreio do cancro da próstata

DESCUBRA os diferentes tratamentos para o cancro da próstata

PASSOS que pode dar para tomar a melhor decisão

DECIDA como se sente e o que é importante para si

APRENDA MAIS sobre o cancro da próstata

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Este auxiliar de decisão vai
ajudá-lo de várias formas.

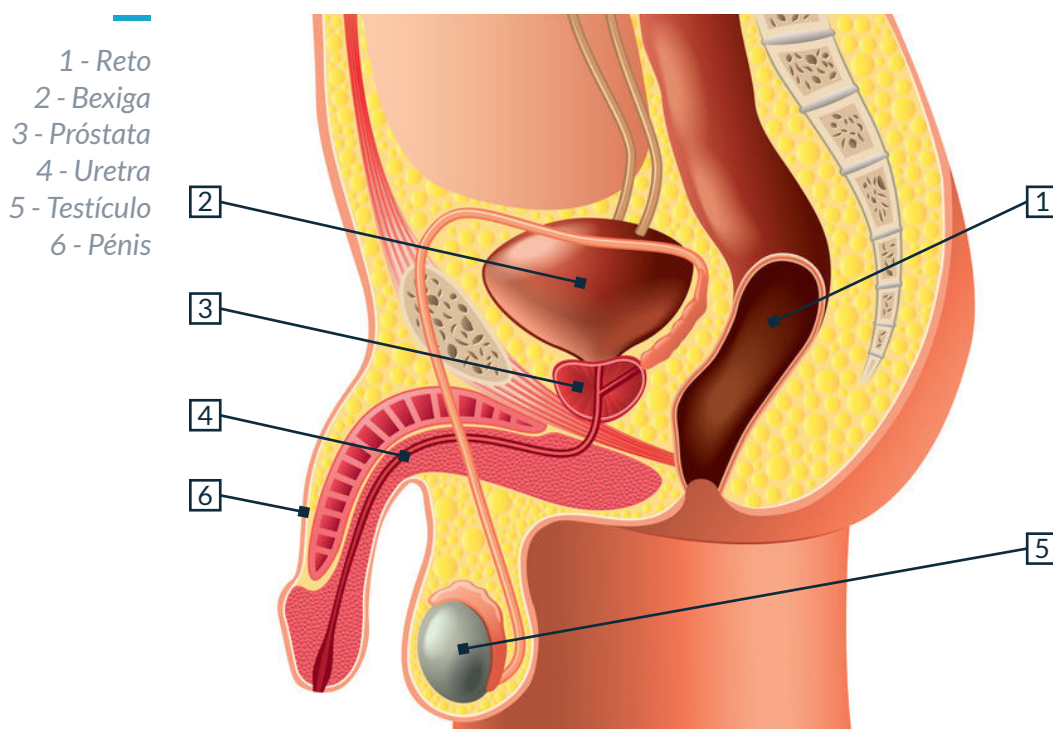
ÍNDICE

Factos sobre a próstata e o cancro da próstata	2
O que é o rastreio do cancro da próstata?	3
Fazer o rastreio pode ajudá-lo?	5
As fases do rastreio	8
O rastreio é a opção adequada para si?	12
Tratamento: factos que deve conhecer se lhe for diagnosticado cancro da próstata	14
CONHEÇA os fatores de risco para o cancro da próstata: pense nos <i>seus</i> riscos	22
SAIBA quais são os sintomas do cancro da próstata	23
FALE com o seu médico sobre o rastreio: faça perguntas	24
Fazer a melhor escolha: Resumindo	26
O Rastreio do Cancro da Próstata é Adequado para Si? - Infográfico	27
Grelha para tomar a sua decisão de rastreio	31
Alguns tópicos para saber mais...	31
Que doenças causam mais frequentemente a morte em Portugal?	33
Glossário (<i>Definições das palavras destacadas a negrito.</i>)	34
Bibliografia	38

FACTOS SOBRE A PRÓSTATA E O CANCRO DA PRÓSTATA

O que é a próstata?

A **próstata** é uma **glândula** que produz o fluido que transporta o esperma. Localiza-se à frente do **reto** e logo abaixo da **bexiga**. É do tamanho de uma noz.



Quais são os problemas de saúde da próstata?

- Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)**
 A HBP diz respeito ao aumento da próstata. A HBP não é **cancro**. A próstata tende a aumentar de tamanho à medida que os homens envelhecem. Isto pode levar a um estreitamento da **uretra** e a uma redução do jato urinário.
- Prostatite**
 A **prostatite** é uma inflamação da próstata, geralmente causada por infeção. A **prostatite** não é cancro.
- Cancro da próstata**
 O **cancro da próstata** ocorre quando as células da próstata não crescem normalmente. As células dividem-se e criam novas células de que o corpo não precisa. Estas formam uma massa de tecido chamada **tumor** e podem espalhar-se para outras partes do corpo.

O QUE É O RASTREIO DO CANCRO DA PRÓSTATA?

Antes de entrar nos detalhes do **rastreio do cancro da próstata** (página 3), começamos por apresentar-lhe algumas informações essenciais. A função do **rastreio** é procurar sinais precoces de doença em pessoas que não apresentam **sintomas**. Os principais testes de **rastreio** para o cancro de próstata são:

- **Toque retal**
- **Análise de sangue para o antígeno específico da próstata (PSA)**

O **toque retal** e o **PSA** não conseguem detetar cancro; podem apenas indicar se precisa de fazer mais exames.

Recomendações de Rastreio

A Direção Geral de Saúde recomenda a **decisão partilhada** para o **rastreio**, em vez da realização do **rastreio do PSA** “por rotina”, indicando na sua Norma de Orientação Clínica:

1. A determinação do **PSA** não deve ser prescrita para **rastreio populacional de cancro da próstata**.
2. A determinação do **PSA** para **rastreio oportunístico** só deve ser prescrita em pessoas entre os 50 e 75 anos.
3. A pessoa é informada e esclarecida acerca da determinação do **PSA**, bem como dos benefícios e dos riscos de **sobrediagnóstico**¹ e **sobretratamento**¹ a que fica sujeito pelo facto de integrar o **rastreio oportunístico**.

1

O sobrediagnóstico corresponde à identificação de cancros indolentes, isto é:

- cancros que nunca iriam causar desconforto;
- cancros que não iriam progredir;
- cancros que iriam evoluir tão lentamente que não chegariam a causar sintomas durante a vida da pessoa.

O tratamento destes cancros indolentes corresponde a um sobretratamento.

É claro que nenhuma decisão é, por si, certa ou errada, e é por isso que concebemos este auxiliar de decisão, que o ajudará na tomada de decisão.

A USPSTF (United States Preventive Services Task Force, grupo líder de peritos em **rastreio** e prevenção) recomenda que a decisão de realizar o **rastreio** através do teste do **PSA** seja individualizada nos homens com 55 a 69 anos. Antes de optarem por fazer ou não o **rastreio**, os homens devem ter a oportunidade de discutir os potenciais benefícios e riscos e incorporar os seus valores na decisão. Esta organização emitiu uma recomendação contra o **rastreio** em homens com 70 ou mais anos.

Estas organizações reconhecem que ainda não há garantias de que o rastreio represente uma verdadeira ajuda.

Recomenda-se, contudo, que os homens tomem uma decisão após terem avaliado os riscos e benefícios do **rastreio**.

Estas organizações são da opinião que a opção relativa ao **rastreio** deve ser um **processo de decisão partilhada**, isto é, tomada em conjunto entre médicos e pacientes.

A existência de diferentes conclusões sobre o **rastreio** do **cancro da próstata** sugere que ainda não existem respostas definitivas sobre o mesmo, o que poderá dificultar a tomada de decisão.

FAZER O RASTREIO PODE AJUDÁ-LO?

Os conhecimentos médicos atuais não nos permitem afirmar com toda a certeza que o **rastreio** é benéfico. Isto parece uma contradição, uma vez **que é incutida a ideia de que o diagnóstico precoce corresponde a uma maior probabilidade de cura**. A maioria das pessoas acredita que todos tipos de cancro implicam sofrimento e morte, e que a única forma de evitar esta situação é detetar a doença a tempo e tratá-la de imediato. **Isto corresponde à verdade em alguns casos, mas não em todos.**

O que muitos acham surpreendente é que a maioria dos cancros da **próstata** não causam problemas de saúde nem levam à morte. Parece difícil de acreditar, mas os factos falam por si:

A maioria dos tumores da próstata NUNCA evolui para um problema de saúde muito grave.

- Esses tumores desenvolvem-se lentamente.
- Geralmente não causam qualquer tipo de **sintoma** e o homem morre devido a outras causas.

Alguns tumores da próstata podem ter consequências muito graves.

- Podem evoluir rapidamente e espalhar-se para outros órgãos.
- Podem causar doença e morte.

Infelizmente, os médicos não conseguem ainda compreender quais os cancros da **próstata** que se irão disseminar e os que não o farão. Se fosse possível prever com exatidão os tipos de cancro com maior tendência a espalhar-se, trataríamos apenas esses. É este o cerne da questão para compreendermos a forma como o **rastreio** pode constituir uma ajuda ou, pelo contrário, um problema. Os homens devem conhecer os prós e os contras do **rastreio do cancro da próstata** para poderem tomar **uma decisão informada**. É por isso que, nas próximas páginas, serão apresentadas as vantagens e desvantagens deste rastreio.

*Autópsias realizadas em homens que morreram de outras causas que não **cancro da próstata** mostraram que cerca de 60% dos homens com mais de 60 anos tinham **cancro da próstata** sem o saber. Para esses homens, o **cancro da próstata** nunca se tornou incómodo ao ponto de ser diagnosticado.*

CONHEÇA OS FACTOS SOBRE O RASTREIO DO CANCRO DA PRÓSTATA

AS FASES DO RASTREIO

O **rastreio do cancro da próstata** pode abranger várias fases. O que acontece na primeira fase influencia o que acontece nas fases seguintes.

PRIMEIRO PASSO ► **O que esperar se fizer o rastreio**

1. Toque retal: um exame médico

- É um exame rápido que procura zonas rígidas ou nódulos na **próstata**.
- O médico, provido de luvas, insere um dedo lubrificado no **reto**.
 - Tal permite ao médico palpar a parte posterior da **próstata** e avaliar o seu tamanho e qualquer zona irregular ou anormalmente rígida.
- O **toque retal** é um procedimento breve, mas que pode causar algum desconforto.

2. PSA: uma análise ao sangue

- **PSA** é a sigla inglesa para Antígeno Específico da **Próstata** e é utilizada também em português.
- O **PSA** é uma substância produzida pela **glândula** próstata, que liberta esta substância no sangue.
- O teste de **PSA** mede o nível de **PSA** no sangue.
- Regra geral, quanto maior for o nível de **PSA** no sangue, mais provável é que haja um problema de **próstata**.
- No entanto, outros fatores, tais como a idade avançada ou a **próstata** aumentada podem fazer subir os níveis de **PSA**, mesmo quando o **cancro da próstata** não está presente. Além disso, algumas **glândulas** próstatas produzem mais **PSA** do que outras, o que significa que alguns homens terão níveis mais altos de **PSA**, mas não terão **cancro da próstata**.

PRÓXIMO PASSO ► **Discutir os resultados com o seu médico**

Como existem muitos fatores que podem afetar os níveis do **PSA**, o seu médico é a pessoa mais indicada para interpretar os resultados do teste de **PSA**. Algumas das perguntas mais frequentes são:

1. **Quais são os níveis normais do PSA?**

A maioria dos homens tem níveis de **PSA** abaixo de 4, o que é considerado normal pela maioria dos médicos. No entanto, de acordo com alguns estudos os níveis considerados normais deveriam ser ainda inferiores. Para decidir se o teste de acompanhamento é necessário, alguns médicos usam diferentes valores de **PSA** dependendo da idade e da origem (veja a página 22 para mais informações).

2. **É possível confiar nos resultados do rastreio?**

Nenhum teste é infalível. O teste de **PSA** é o mais indicado para descobrir pequenos **tumores**, ou **tumores** que não podem ser detetados pelo **toque retal**. O **toque retal**, por sua vez, pode ajudar no diagnóstico em homens com níveis normais de **PSA**. Frequentemente são realizados ambos os testes, mas alguns homens e alguns médicos optam por recorrer apenas ao teste de **PSA**.

• **Falso positivo**

- Ocorre quando os resultados são positivos, mas **NÃO TEM** cancro.
- Por outras palavras, os resultados do **rastreio** podem sugerir que tem um cancro que na realidade não existe.
- Pode levar a realizar mais testes desnecessários
- Um dos maiores estudos nesta área concluiu que mais de 15 em cada 100 homens rastreados terão, pelo menos, um resultado **falso positivo** (**rastreio** a cada 2-4 anos, ao longo de 10 anos).

• **Falso negativo**

- Ocorre quando os resultados são negativos, mas na realidade **TEM** cancro.
- É possível que o **rastreio** não detete um cancro que esteja presente.
- Por consequência, não irá realizar mais exames que, na realidade, seriam necessários.

3. E se o primeiro conjunto de resultados do rastreio for **anómalo**?

Isto poderia significar uma entre muitas coisas:

- Os resultados podem estar errados e testes subsequentes mostrarão um resultado normal.
- O **PSA** aumentado pode dever-se a uma doença não cancerosa, como **hiperplasia benigna da próstata (HBP)**, **prostatite**, ou procedimentos médicos aos quais foi submetido recentemente (como **cistoscopia** ou **algaliação**).
- Poderá ter **cancro da próstata**. **No entanto, a maioria dos homens sem sintomas que têm resultados anómalos no rastreio NÃO têm cancro (aproximadamente 75%).**

ESTAPAS FINAIS ► **Se o resultado do rastreio for positivo**

A próxima secção descreve o que acontece quando o resultado do **rastreio** é positivo e ajudá-lo-á a saber um pouco mais sobre os exames adicionais necessários para tomar uma decisão em relação ao **rastreio**.

1. Repetição do exame do PSA

- Se os resultados do **PSA** ou do **toque retal** são positivos, o médico poderá sugerir que repita o exame do **PSA**. Poderá também analisar o nível de **PSA “livre”** (ver página 31).
- Isto ajudará a perceber se o resultado do primeiro teste estava **correto**. Para além disso, um segundo exame do **PSA** pode determinar se o nível de **PSA** muda com o tempo. Os médicos chamam-lhe a velocidade do **PSA** (consulte a página 31 para mais detalhes).
- Se o nível de **PSA** ainda estiver alto, o médico poderá encaminhá-lo para um **urologista**, que é um médico especializado em problemas relacionados com a **próstata**.

2. Ecografia

- O **urologista** pode realizar uma **ecografia trans-retal**.
- Uma pequena sonda lubrificada é inserida no **reto**.
- A sonda emite ultra-sons que se refletem na **próstata**, produzindo uma imagem que o médico pode observar num ecrã.

3. Biópsia Durante a Ecografia

- Se, durante a ecografia, o **urologista** suspeitar da existência de cancro, pode decidir retirar, com uma agulha, uma pequena amostra de tecido da **próstata**. Este exame é designado **biópsia**.
- A **biópsia** é geralmente realizada no consultório do **urologista**.
- A amostra é analisada posteriormente ao microscópio para descobrir se há presença de células cancerosas.

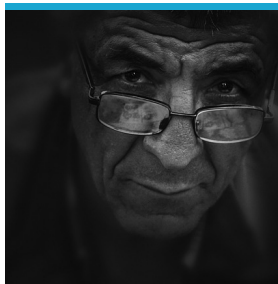
4. Uma conversa com o seu médico sobre o resultado da biópsia

- Se o resultado da **biópsia** for normal, provavelmente não tem cancro. Tal como o exame do **PSA** e o **toque retal**, as **biópsias** não são 100% fidedignas, mas são o melhor método para diagnosticar a presença de um cancro. Juntamente com o seu médico, decidirá se deve continuar a fazer o **rastreio do cancro da próstata** e, em caso afirmativo, com que frequência.
- Se os resultados da **biópsia** forem anómalos, poderá ter cancro. Não há, contudo, dois homens iguais. Quando o **cancro da próstata** é detetado numa fase inicial e não se espalhou para lá da **próstata**, o médico e o paciente têm uma escolha a fazer. Precisam de escolher entre um ou mais tratamentos ativos ou uma **vigilância ativa** (consultar a página 16).
- Muitos fatores afetam a decisão de tratar a doença e também de como a tratar. Estes estão descritos na página 17.

O RASTREIO É A OPÇÃO ADEQUADA PARA SI?

A escolha é sua.

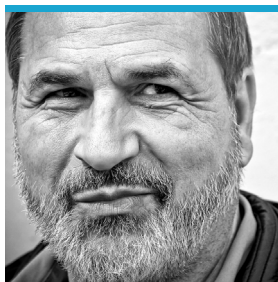
Apresentam-se a seguir exemplos do que alguns homens disseram sobre o **rastreio do cancro da próstata**. É importante perceber que, apesar de terem opiniões diferentes sobre a decisão de efetuar ou não o **rastreio**, ambas as posições são legítimas e refletem as diferentes experiências que podem resultar do **rastreio**. Não há uma escolha certa ou errada, pois não há prova de que quer uma quer outra seja a melhor para a saúde.



Manuel
65 anos

Sempre acreditei que é melhor saber o mais possível sobre o meu estado de saúde.

Foi por isso que realizei o **rastreio do cancro da próstata**. O resultado revelou que o nível do meu **PSA** era mais alto do que o normal e, por isso, o médico recomendou que fizesse uma **biópsia**. O resultado foi que não tinha cancro. Sei que o **rastreio** foi a decisão mais acertada. Saber que não tinha cancro deu-me paz de espírito.



António
55 anos

Fiz 50 anos e fui fazer o exame do **PSA** porque vi na TV e a minha mulher insistiu. O resultado foi que o nível era elevado e o meu médico mandou-me fazer o exame de novo, mas continuou elevado, por isso fizeram-me uma **biópsia**. A **biópsia** dizia que não tinha cancro e isso acalmou-me ao princípio. Mas o meu nível de **PSA** continuava a aumentar. Agora tenho 55 anos e já fiz três biopsias nos últimos cinco anos e está sempre tudo bem. O **PSA** já não subiu mais e o médico disse que o que aconteceu foi por causa de ter a **próstata** aumentada. Às vezes ainda penso que posso ter cancro e acho que o exame de **PSA** não me ajudou em nada.

FACTOS QUE DEVE CONHECER SE LHE FOR DIAGNOSTICADO CANCRO DA PRÓSTATA

O DIAGNÓSTICO DE CANCRO DA PRÓSTATA NEM SEMPRE LEVA A UM TRATAMENTO ATIVO.

Um dos principais problemas do **rastreio do cancro da próstata** é que, uma vez diagnosticada a existência de cancro, não há uma maneira infalível de saber qual a evolução da doença.

- O cancro crescerá rapidamente e espalhar-se-á ou crescerá lentamente e ficará onde está?
- Causará sintomas?

Eis alguns factos importantes:

- A **classificação de Gleason** permite estimar a velocidade de crescimento de um cancro. No entanto, as suas previsões nem sempre são corretas.
- Os médicos também recorrem a outros meios para prever a velocidade de crescimento do **cancro da próstata**, tal como a **Neoplasia Intraepitelial Prostática**.
- Como não é possível identificar com rigor quais os cancros da **próstata** que crescerão mais rapidamente, é impossível saber com certeza quem beneficiará com o tratamento.
- Devido a esta incerteza, muitos homens optam por um **tratamento ativo**.
- Por conseguinte, alguns tipos de **cancro da próstata** são tratados desnecessariamente, o que quer dizer que o tratamento não ajuda a ter uma vida mais longa ou mais saudável.
- Este problema, chamado **sobretratamento**, está particularmente ligado ao **cancro da próstata**, porque é um cancro que, geralmente, cresce lentamente.

ESTA INCERTEZA LEVA HOMENS E MÉDICOS A TER DE DECIDIR:

DECIDIR

Arriscar tomar uma atitude de **vigilância ativa** sendo que o cancro se pode tornar fatal

Não tratar um cancro da próstata que pode ter uma **evolução rápida** implica que:

- O cancro pode espalhar-se, dificultando o tratamento eficaz do mesmo.
- Se o cancro se tiver espalhado, as opções de tratamento podem ser limitadas.

OU

DECIDIR

Arriscar e tratar um cancro que poderá nunca causar problemas

Tratar um cancro da próstata que pode ter uma **evolução lenta** implica que:

- Os **efeitos secundários** do **tratamento ativo** podem dificultar a vida mais do que o próprio cancro.
- Os **efeitos secundários** podem ser um preço alto a pagar pelo tratamento de um **cancro da próstata** de evolução lenta.

OS HOMENS COM CANCRO DA PRÓSTATA EM **FASE INICIAL** (ESTADIO PRECOCE) TÊM DE TOMAR DUAS DECISÕES PRINCIPAIS.

1. Tratar ou não tratar a doença ativamente

- Alguns homens optam por um **tratamento ativo do cancro da próstata**.
- Alguns homens escolhem não receber **tratamento ativo**. O médico e o paciente tomam a decisão em conjunto de vigiar de perto o **cancro da próstata**, realizando regularmente o exame do **PSA**, o **toque retal** e outros testes. O **cancro** é tratado apenas se e quando apresentar sinais de evolução ou se causar sintomas.

2. COMO tratar ativamente a doença

No caso de se decidir tratar, existem várias opções. Os tratamentos ativos incluem:

- **Cirurgia (prostatectomia radical):** realiza-se uma **cirurgia** para remoção da **próstata**.
- **Radioterapia externa:** a **próstata** é submetida a radiação que ajuda a destruir as células cancerosas.
- **Radioterapia interna (braquiterapia):** realiza-se uma **cirurgia** para colocar dispositivos radioativos dentro ou perto do **cancro**. Estes ajudam a destruir as células cancerosas.
- **Terapia hormonal:** São administradas ou eliminadas determinadas hormonas. Isso ajuda a impedir que as células cancerosas se espalhem.
- **Crioterapia:** Uma sonda especial é colocada dentro ou perto do **cancro da próstata**. Isso ajuda a congelar e a destruir as células cancerosas.

Alguns tratamentos conseguem salvar mais vidas do que outros?

*Pode ser difícil de acreditar, mas neste momento não sabemos qual dos tratamentos-padrão é o mais eficaz na redução das mortes por **cancro da próstata**.*

EXISTEM VÁRIOS FATORES A CONSIDERAR NO MOMENTO DE DECIDIR EM RELAÇÃO A UM TRATAMENTO.

Muitos fatores afetam as decisões de tratamento.

- A idade
- O estadió do **cancro**
- Outras doenças e o estado geral de saúde
- As expectativas sobre os **efeitos secundários** do tratamento e o impacto que poderão ter na vida da pessoa
- O que acha melhor para si e para as suas prioridades
- O que acha sobre a falta de provas científicas definitivas da eficácia dos tratamentos
- Como valoriza tempo de vida versus qualidade de vida

Os tratamentos ativos têm efeitos secundários?

- **Os efeitos secundários do tratamento do cancro da próstata dependem de três fatores principais:**
 - O tipo de tratamento
 - A idade do paciente
 - A saúde geral do paciente
- **Os homens que recebem tratamento para o cancro da próstata em fase inicial podem apresentar os seguintes efeitos secundários:**
 - Dor
 - Desconforto
 - **Impotência** (incapacidade de ter e manter uma ereção)
 - **Incontinência** (incapacidade de reter urina e fezes)
- **Os efeitos secundários podem variar.**
 - Podem variar de ligeiros a graves.
 - Tanto podem ser temporários como permanentes.
 - Alguns podem ser tratados mais facilmente do que outros.

- **O seu médico pode ajudá-lo.**
 - Na altura em que lhe explica as diferentes opções de tratamento, o médico poderá também discutir consigo os **efeitos secundários** e informá-lo sobre o que esperar.
 - Além disso, o médico pode realizar uma **cirurgia** ou receitar medicamentos para reduzir alguns **efeitos secundários**, incluindo a **impotência** e **incontinência**.
 - Na altura de decidir qual o tratamento melhor para si, poderá discutir toda uma série de fatores com o seu médico.
- **Qual a duração dos efeitos secundários do tratamento? É difícil dizer.**
 - Foram feitos estudos no sentido de dar resposta a esta pergunta. No entanto, ainda não se pode dizer com certeza quantos homens poderão vir a sofrer de **efeitos secundários** ou qual a duração destes mesmos efeitos.
 - Sabe-se apenas que os homens que recebem tratamento para o **cancro da próstata** são suscetíveis de sofrer **efeitos secundários**.
- **Além do tratamento, existem outros fatores que podem causar os mesmos efeitos?**

Sim:

 - **Um cancro em evolução:** Estes problemas podem ser causados pelo próprio **cancro** da **próstata**.
 - **Homens que não têm cancro da próstata** podem desenvolver estes mesmos sintomas devido:
 - ao envelhecimento
 - a outras doenças

Opções atuais de tratamento do cancro da próstata em fase avançada

A maioria dos **cancros** da **próstata** que são diagnosticados após o **rastreio** encontram-se numa fase inicial. Por outro lado, pode ser difícil tratar **cancros** mais avançados que já se espalharam para além da **próstata**. Além disso, muitas vezes não há cura e não há maneira de evitar que o **cancro** em **fase avançada** se continue a espalhar. Quando o **cancro** da **próstata** está em fase avançada, deve decidir o melhor plano de ação juntamente com o seu médico.

A escolha do tratamento ativo é uma preocupação especial para os homens mais velhos.

- Os homens com mais de 75 anos são mais suscetíveis do que os homens mais jovens a ter outros problemas de saúde com risco de vida (doenças cardíacas e diabetes, entre outras).
- Como o **cancro** da **próstata** geralmente se desenvolve lentamente, estas outras doenças têm maior probabilidade de levar à morte do que o **cancro** da **próstata**.
- Como resultado, os homens com mais idade têm menos probabilidade de beneficiar com o diagnóstico e tratamento do **cancro** da **próstata**.

QUAIS OS PASSOS QUE PODE DAR PARA TOMAR A MELHOR DECISÃO

1

CONHEÇA OS FATORES DE RISCO PARA O CANCRO DA PRÓSTATA: PENSE NOS SEUS RISCOS.

Quais são os fatores que aumentam as hipóteses de ter cancro da próstata?

Com base nos estudos realizados, apresentamos o que sabemos hoje.

- **Idade**
 - A probabilidade de ter **cancro** da **próstata** aumenta com a idade, particularmente após os 50 anos.
 - Mais de 70% de todos os **cancros** da **próstata** são diagnosticados em homens com mais de 65 anos.
- **História familiar**
 - Homens com pai ou irmãos que tenham tido **cancro** da **próstata** têm maior risco de o desenvolver.
 - Quanto mais jovem for um homem no momento do diagnóstico, maior é o risco para os familiares.
- **Origem**
 - Os homens de origem africana têm maior risco de desenvolver **cancro** da **próstata** do que os brancos.
 - A idade, a **história familiar** e a origem africana são fatores que não pode controlar, mas estar informado pode ajudá-lo a decidir sobre a melhor forma de cuidar de si.

SAIBA QUAIS SÃO OS SINTOMAS DO CANCRO DA PRÓSTATA.

12

Pode **não haver** sintomas.

A maioria dos homens diagnosticados com **cancro da próstata** não apresenta sintomas.

- Pode ter **cancro próstata** e não se aperceber de nenhum problema.
- Este é o potencial benefício de realizar um **rastreio**: detetar o **cancro** antes dos sintomas surgirem.

Por vezes **há** sintomas.

Alguns sintomas podem ser um sinal de **cancro de próstata**. Isto é verdade sobretudo quando o **cancro** está mais avançado. Os sintomas podem incluir:

- A necessidade de urinar com frequência, especialmente à noite
- Jato de urina fraco ou interrompido
- Dor ou sensação de ardor ao urinar
- Incapacidade de urinar
- Sangue na urina
- Dor constante na região lombar/pélvica ou na parte superior das coxas
- Fadiga (cansaço extremo)
- Perda de peso (quando não está a tentar perder peso)

Frequentemente os sintomas **não se devem ao cancro**

- Podem ser causados por outros problemas na **próstata** que não são **cancro**.
- Podem ser causados por outras doenças.
- Também podem ser causados por certos medicamentos.
- Alguns sintomas (por exemplo, fadiga) podem ser causados pelo envelhecimento.

O que fazer se **tiver** sintomas:

- Caso apresente algum destes sintomas, contacte o seu médico.

3

FALE COM O SEU MÉDICO SOBRE O RASTREIO: FAÇA PERGUNTAS.

Fale com seu médico.

Depois de ler as informações contidas neste auxiliar de decisão e considerar as suas próprias prioridades e crenças, fale com o seu médico. Falar com seu médico para tomar uma **decisão partilhada** é um passo importante na tomada de decisão de saúde.

Perguntas que poderá colocar

Para decidir se o **rastreio** é adequado para si, fale com o seu médico e com as pessoas em quem confia. Aqui estão algumas questões que poderá discutir com seu médico.

1. Pode explicar-me porque é que deverei fazer o **rastreio** do **cancro da próstata**?
2. Poderia também explicar-me porque devo considerar não fazer o **rastreio**?
3. Se fizer o **rastreio** e me for diagnosticado **cancro da próstata**, quais são alguns dos tratamentos que poderei considerar?
4. Soube que alguns médicos discordam quanto ao facto de homens que não têm sintomas fazerem o **rastreio** de **cancro da próstata**.
 - Poderia dar-me a sua opinião relativamente a isto?
 - Poderia também dizer-me o que recomendaria no meu caso particular?

Planeie as suas próprias perguntas.

Utilize este espaço para anotar as suas próprias perguntas.

**DECIDA COMO SE SENTE E O QUE É
IMPORTANTE PARA SI**

DECIDA COMO SE SENTE

FAZER A MELHOR ESCOLHA: RESUMINDO

Quando toma a decisão de se submeter ao **rastreio** do **câncer** da **próstata**, é importante entender os possíveis benefícios e riscos do **rastreio**.

Entender o que é mais importante para si também é essencial para fazer a melhor escolha. Consulte o **infográfico** da página seguinte que resume as vantagens e desvantagens deste **rastreio**. Use ainda a **grelha de auxílio à decisão** que encontrará nas próximas páginas para o ajudar a entender quais são os problemas mais importantes para si.

Além disso, é importante ter em mente que:

- Embora as informações contidas neste auxiliar de decisão o ajudem, este não pode substituir as conversas que tem com o seu médico, amigos, familiares e homens que estejam a considerar a mesma decisão.
- Com base no conhecimento médico atual, não existe uma escolha certa ou errada no que toca ao **rastreio** do **câncer** da **próstata**.
- A melhor escolha para si só poderá ser feita após estar na posse de todas as informações relevantes.

As páginas seguintes deste auxiliar de decisão contêm:

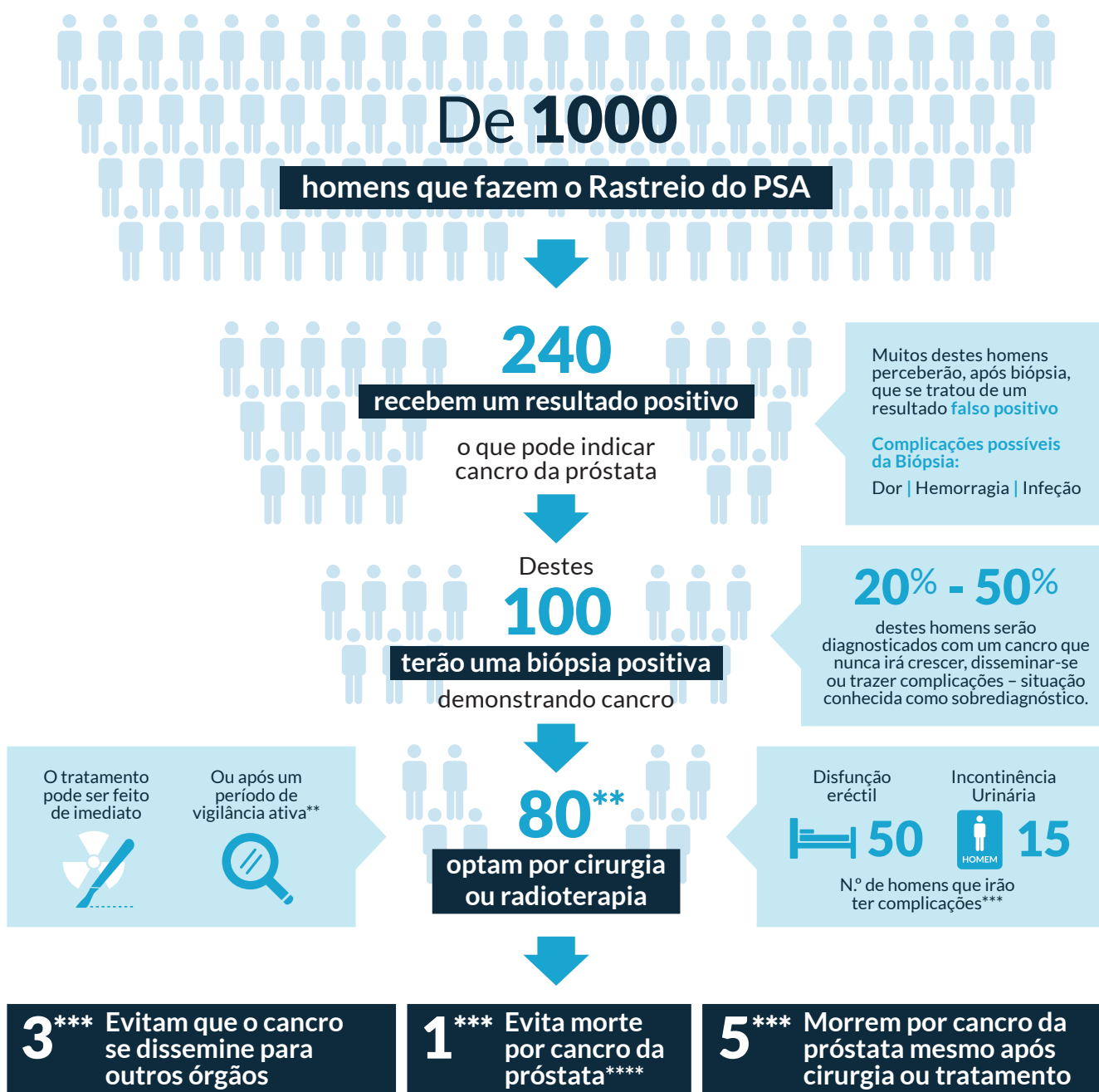
- Estatísticas e resultados de estudos de investigação
- Glossário
- Referências de artigos de investigação selecionados
- Recursos para obter mais informações

Continue a ler para obter informações adicionais sobre o **rastreio**.

O RASTREIO DO CANCRO DA PRÓSTATA É ADEQUADO PARA SI? - INFOGRÁFICO

Conheça os potenciais Benefícios e Riscos para os Homens (55-69 anos)

A USPSTF* recomenda que, nos homens com 55 a 69 anos, a decisão de realizar o rastreio através do teste do PSA seja individualizada. Antes de optarem por fazer ou não o rastreio, os homens devem ter a oportunidade de discutir os potenciais benefícios e riscos e incorporar os seus valores na decisão.



Continua na página seguinte. ▶

Nota: este gráfico de síntese baseia-se numa revisão abrangente de estudos de **rastreio** através do **PSA** e tratamento do **cancro** da **próstata**; o seu intuito é informativo. As questões sobre os benefícios e riscos do **rastreio** devem ser discutidas com um profissional de saúde. As estimativas baseiam-se nos benefícios observados no **ensaio clínico** ERSPC em homens com idades entre os 55 e os 69 anos e nos riscos obtidos através do agrupamento dos resultados de três ensaios clínicos de tratamento (Protect, PIVOT, SPCG-4).

* USPSTF - United States Preventive Services Task Force

** inclui 65 homens que escolhem **cirurgia** ou radioterapia no momento do diagnóstico e 15 homens que escolhem inicialmente apenas vigilância e mais tarde, quando este progride, **cirurgia** ou radioterapia.

*** As estimativas baseiam-se nos benefícios observados no **ensaio clínico** ERSPC em homens com idades entre os 55 e os 69 anos e nos riscos do tratamento obtidos através do agrupamento de taxas absolutas no grupo de tratamento nos três ensaios clínicos de tratamento (Protect, PIVOT, SPCG-4). Os riscos podem resultar diretamente do tratamento, **cancro**, idade ou outras causas. Dos homens escolhidos aleatoriamente para o grupo de **rastreio** no **ensaio clínico** ERSPC, 83% tiveram um ou mais testes de **PSA** durante o ensaio.

**** 1,3 mortes evitadas por cada 1000 homens rastreados através do **PSA**.

Adaptado de:

Final Update Summary: Prostate Cancer: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. October 2018.

Final Recommendation Statement: Screening for Prostate Cancer and Final Evidence Review: Screening for Prostate Cancer. U.S. Preventive Services Task Force. May 2018. www.uspreventiveservicestaskforce.org

Aviso Legal: a USPSTF não é responsável pela adaptação do gráfico apresentado neste documento.

GRELHA PARA TOMAR A SUA DECISÃO DE RASTREIO

Primeiro, leia as seguintes frases e marque “Sim” ou “Não” para cada uma delas, verificando se a frase tem ou não a ver consigo. Depois, verifique todas as questões a que respondeu “Sim”. Veja se está mais inclinado para realizar o **rastreio** ou mais inclinado para não realizar o **rastreio**.

Os homens que fizeram estas afirmações têm tendência a realizar o rastreio	Acha este caso semelhante ao seu?	
	Sim	Não
Fazer o rastreio vai deixar-me mais descansado relativamente ao cancro da próstata .		
Mesmo que o cancro da próstata nunca me cause problemas, prefiro fazer o diagnóstico para saber se tenho cancro da próstata .		
Fazer o rastreio vai ajudar-me a sentir que estou a fazer tudo o que posso pela minha saúde.		
Compreendo que ainda não foi provado que o rastreio salve vidas. Mesmo assim, prefiro fazer o rastreio porque acho que “mais vale prevenir do que remediar”.		
Se fizer o rastreio e for diagnosticado com cancro da próstata , terei de aceitar viver com cancro não tratado ou aceitar os efeitos secundários do tratamento. Ainda assim, prefiro fazer o rastreio porque estas potenciais consequências podem permitir que viva durante mais tempo.		

Adaptado de Gattellari, M. & Ward, JE (2003).

Adaptado de Gattellari,
M. & Ward, JE (2003).

Os homens que fizeram estas declarações têm tendência a NÃO realizar o rastreio	Acha este caso semelhante ao seu?	
	Sim	Não
Visto que o cancro da próstata poderá nunca vir a causar-me problemas, acho melhor não realizar o rastreio .		
Investigações futuras podem vir a demonstrar que fazer o rastreio pode ajudar os homens a viver durante mais tempo. Mas como ainda não sabemos ao certo se o rastreio do cancro da próstata salva vidas, prefiro não fazer o rastreio neste momento.		
O rastreio pode ter um resultado positivo quando o cancro não está presente. Pode igualmente ter um resultado negativo quando o cancro está presente. Por isso, vou esperar até que o teste do PSA seja mais exato antes de o fazer.		
O rastreio pode ter um resultado falso positivo que leva a uma biopsia desnecessária da próstata . Por isso, prefiro não fazer o teste até que o rastreio seja mais exato.		
Se fizer o rastreio e for diagnosticado com cancro da próstata , terei de aceitar viver com um cancro não tratado OU aceitar os efeitos secundários do tratamento. Estas potenciais consequências não compensam a possibilidade de viver durante mais tempo. Por isso, prefiro não fazer o rastreio neste momento.		

PARA ALÉM DO ESSENCIAL

ALGUNS TÓPICOS PARA SABER MAIS...

Qual é o melhor método para medir o PSA?

Os investigadores estão a explorar várias maneiras de medir o **PSA**.

- **Velocidade do PSA**
 - A velocidade do **PSA** é baseada na rapidez com que os níveis do **PSA** se alteram com o tempo.
 - Um aumento acentuado do nível do **PSA** levanta a suspeita de **cancro**.
- **Densidade do PSA**
 - A densidade do **PSA** considera a relação entre o nível do **PSA** e o tamanho da **próstata**.
 - Isto significa que um **PSA** elevado pode não ser preocupante se o homem tiver uma **próstata** aumentada.
 - Esta abordagem aumenta o risco de um **cancro** passar despercebido num homem com **próstata** aumentada.
 - Por isso, o uso da densidade do **PSA** para interpretar os resultados do **PSA** não foi estabelecido.
- **PSA livre vs. PSA ligado**
 - O **PSA** circula no sangue de duas formas: “livre” ou “ligado” a uma molécula de proteína.
 - Nas doenças **benignas** da **próstata**, existe mais **PSA** livre. No **cancro** da **próstata**, existe mais **PSA** ligado.
 - Muitos médicos utilizam esta medida para os ajudar a interpretar o nível de **PSA**.

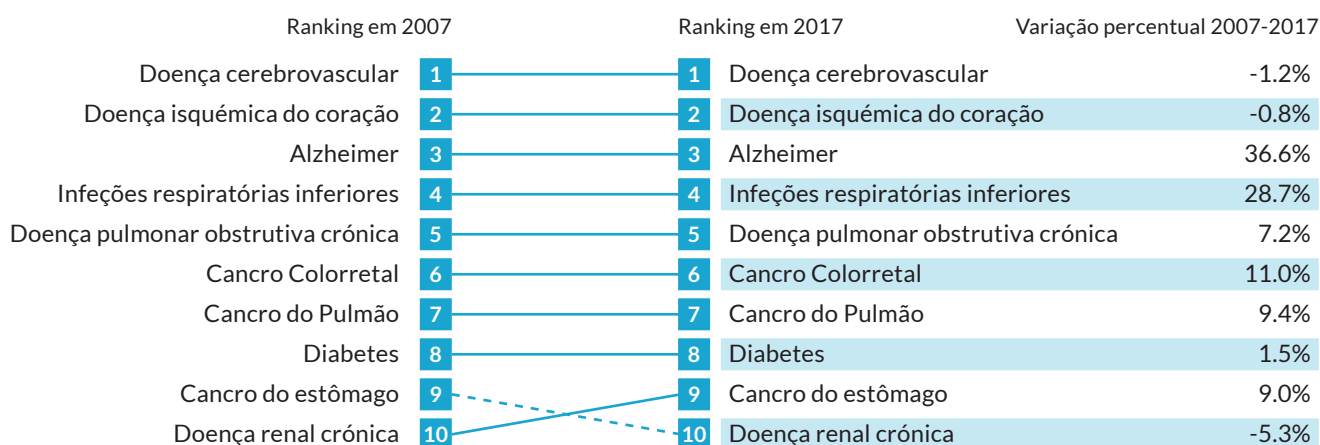
—
*Estas diferentes formas de medir o **PSA** podem tornar a deteção do cancro da **próstata** mais exata. No entanto, mesmo que possamos melhorar os métodos de deteção, ainda não sabemos se o facto de este ser encontrado reduz o número de mortes devidas à sua presença.*

- **PSA ajustado à idade**
 - A idade é um fator importante no aumento dos níveis do **PSA**. Por esse motivo, alguns médicos usam os níveis do **PSA** ajustados à idade para determinar o momento em que são necessários testes.
 - Quando se usam níveis do **PSA** ajustados à idade, um nível diferente do **PSA** é definido como normal para as diferentes faixas etárias.
 - Os médicos que usam este método geralmente sugerem que um teste normal:
 - para homens com menos de 50 anos é um nível do **PSA** abaixo de 2,4 ng / ml.
 - para homens entre os 50 e os 70 é um nível do **PSA** abaixo de 4,0 ng / ml.
 - para homens na faixa dos 70 anos, é um nível do **PSA** abaixo de 6,5 ng / ml.
 - Não existe consenso entre os médicos em relação à precisão e utilidade dos níveis do **PSA** ajustados à idade.

QUE DOENÇAS CAUSAM MAIS FREQUENTEMENTE A MORTE EM PORTUGAL?

Há maior probabilidade de morrer de outras doenças do que de **cancro da próstata**. Abaixo encontra as 10 causas de morte mais frequentes em Portugal, com as respetivas percentagens, bem como a taxa de incidência (novos casos) e taxa de mortalidade do **cancro da próstata** no nosso país.

O que causa a maioria das mortes?



As 10 principais causas de morte em 2017 e variação percentual, 2007-2017, todas as idades.
Fonte: healthdata.org/Portugal

Este gráfico mostra que, apesar da atenção dada ao **cancro da próstata** pela comunidade, existem muitas outras doenças que causam mais frequentemente a morte do que o **cancro da próstata**. Fale com o seu médico para saber como as evitar.

É por isto que muitos peritos dizem, por vezes, que “mais homens morrem com **cancro da próstata** do que de **cancro da próstata**”.

Taxa de INCIDÊNCIA de Cancro da Próstata (novos casos): 120 (por 100.000 habitantes, taxa padronizada para a população europeia; 2010)

MORTALIDADE por Cancro da Próstata

Nº total de mortes: 1787 (2014)

Taxa de mortalidade padronizada: 20,3 (por 100.000 habitantes)

Em 2016, o **cancro da próstata** representou 1,7% do total de mortes em Portugal.

Apesar de a probabilidade de morrer de **cancro da próstata** aumentar com a idade, esta permanece, em geral, relativamente baixa. Apenas cerca de 3% dos homens irão morrer de **cancro da próstata**.

GLOSSÁRIO

Algaliação: Procedimento pelo qual um tubo fino (cateter) é inserido na uretra para drenar e esvaziar a bexiga.

Antigénio específico da próstata (PSA): Uma proteína produzida pelas células da próstata. O PSA circula na corrente sanguínea e pode ser medido através de uma simples análise de sangue. Os níveis de PSA aumentam no sangue de alguns homens que sofrem de aumento da próstata, inflamação (inchaço) infeção ou cancro.

Benigno: Não canceroso.

Bexiga: Órgão que armazena a urina.

Biópsia: Remoção de uma amostra de tecido que é posteriormente examinada com um microscópio, para verificar se há alterações cancerígenas.

Braquiterapia: Material radioativo selado em agulhas, sementes, fios ou cateteres é colocado diretamente dentro ou próximo do tumor. Também conhecida como radioterapia interna, radioterapia por implante ou radioterapia intersticial.

Cancro: Termo utilizado para doenças nas quais ocorre o crescimento de células anormais de forma descontrolada. As células cancerosas são capazes de invadir tecidos próximos e de se espalhar pela corrente sanguínea para outras partes do corpo.

Cancro da próstata: Uma doença em que as células da próstata crescem de forma descontrolada. Estimuladas por alterações genéticas, as células glandulares da próstata multiplicam-se de forma anómala.

Cancro da próstata em fase inicial: Cancro presente na próstata e que não se espalhou para outras partes do corpo.

Cancro da próstata em estado avançado: Cancro que se espalhou além da camada externa da próstata, para os tecidos próximos (estadio C ou estadio III) ou para os nódulos linfáticos ou outras partes do corpo, como bexiga, reto, ossos, fígado ou pulmões (estadio D ou estadio IV).

Cirurgia: Um procedimento para remover ou tratar uma parte do corpo ou para verificar a presença de uma doença.

Cistoscopia: Exame da bexiga e da uretra com a utilização de um instrumento fino e iluminante (cistoscópio) que é inserido na uretra. As amostras de tecido podem ser removidas e examinadas através do microscópio para verificar se a doença está presente.

Crioterapia: Tratamento realizado com um instrumento que congela e destrói os tecidos anormais.

Decisão informada: Uma decisão tomada após todas as informações relevantes e possíveis resultados terem sido tidos em conta.

Disfunção erétil: Pode incluir a incapacidade de ter uma ereção, não ser capaz de ter relações sexuais ou ficar insatisfeito com as ereções.

Ensaio Clínico: Um estudo que tem a função de responder a questões médicas e de encontrar as melhores formas de prevenir ou tratar doenças.

Ensaio clínico americano sobre o rastreio dos cancros da próstata, pulmões, colorretal e ovários (PLCO): Estudo norte-americano com o objetivo de verificar se os testes de rastreio reduzirão o número de mortes devido aos cancros da próstata, pulmão, colorretal e dos ovários.

Ensaio Clínico Europeu sobre o Rastreio do Cancro da Próstata (ERSPC): Um estudo europeu de grande importância que pretende informar-nos se o rastreio do cancro da próstata deve ou não fazer parte dos cuidados da saúde de rotina. Está relacionado com outro grande estudo realizado nos EUA - o estudo PLCO referido no ponto anterior - e envolve oito países.

Ecografia trans-retal: Utilização de ultrassons para produzir uma imagem da próstata. Os ultrassons são emitidos por uma sonda inserida no reto. Os ultrassons refletem-se na próstata, e esse reflexo é convertido em imagem por um computador. A ecografia trans-retal é usada para detetar o crescimento anormal da próstata e para orientar a biópsia de áreas suspeitas da próstata.

Efeitos secundários: resultados indesejados que podem acontecer devido ao tratamento. Os possíveis efeitos secundários do tratamento do cancro da próstata incluem incontinência, impotência e problemas intestinais.

Falso negativo: Quando o rastreio apresenta um resultado de teste normal, mas existe cancro no organismo.

Falso positivo: quando um teste de rastreio apresenta um resultado de teste anormal, mas não existe cancro. Uma biópsia da próstata que se apresente normal (sem cancro) significa que o teste de rastreio anormal não se confirmou, ou seja, foi um falso-positivo.

Fator de risco: Algo que aumenta a probabilidade de uma pessoa desenvolver uma doença.

Glândula: Um órgão que produz e liberta uma ou mais substâncias usadas por várias partes do corpo.

Hiperplasia benigna da próstata (HBP): Aumento (crescimento) da próstata. A HBP não é cancro, mas pode causar alguns dos mesmos sintomas, incluindo iniciar e interromper o jato urinário.

História familiar: O cancro de próstata parece ocorrer em algumas famílias. Nos casos em que existe um pai ou irmão (parentes em primeiro grau) com cancro da próstata, o risco de desenvolver a doença duplica. O risco é maior em homens com vários familiares de primeiro grau que tenham desenvolvido a doença ou que tenham tido a doença ainda em jovens.

Impotência: Incapacidade de ter uma ereção adequada para a relação sexual.

Incontinência: Incapacidade de manter ou controlar o fluxo de urina ou fezes.

Neoplasia intraepitelial prostática: É o crescimento não-canceroso das células da próstata. Uma neoplasia intraepitelial prostática de alto grau pode aumentar o risco de desenvolver cancro da próstata.

Familiares em primeiro grau: Um parente na sua família direta; para o cancro da próstata, corresponde ao pai, irmão ou filho. Primos, tios e avós são familiares em “segundo grau”.

Problemas intestinais: Podem incluir evacuações frequentes, vontade repentina de evacuar ou falta de controlo intestinal.

Processo de decisão partilhada: Quando o paciente e os profissionais de saúde decidem em conjunto o que fazer.

Próstata: Uma glândula sexual masculina. A próstata produz um fluido que faz parte do sémen que transporta os espermatozóides.

Prostatectomia: Operação para remover a próstata, ou parte dela. A prostatectomia radical (ou total) é a remoção de toda a próstata e de alguns dos tecidos ao seu redor.

Prostatite: Inflamação da próstata. Prostatite não é cancro.

Radioterapia externa: Radioterapia que utiliza uma máquina que direciona raios de alta energia para o cancro. Também denominada radiação de feixe externo.

Radioterapia interna: Radioterapia feita internamente (dentro do corpo) através da colocação de material radioativo contido em agulhas, sementes, fios ou cateteres diretamente dentro ou perto do tumor. Também conhecida como radiação por implante, radiação intersticial ou braquiterapia.

Rastreio: Procurar sinais de doença numa pessoa que não apresenta sintomas. No caso do cancro da próstata, pode incluir o toque retal e análise do PSA. Refere-se a programas de âmbito populacional.

Reto: A parte inferior do intestino grosso. O reto armazena os resíduos sólidos até estes serem expelidos do corpo através do ânus.

Classificação de Gleason: Um sistema de classificação do tecido de cancro da próstata com base na forma como este se apresenta ao ser analisado através de um microscópio. A **classificação de Gleason** varia de 2 a 10 e indica a probabilidade de um tumor se espalhar. Uma classificação de Gleason baixa significa que o tecido do cancro é semelhante ao tecido normal da próstata e o tumor tem menos probabilidade de se espalhar; uma classificação de Gleason alta significa que o tecido do cancro é anormal e o tumor tem uma maior probabilidade de se espalhar. A **classificação de Gleason** pode ser usada como guia para entender o quão rápido um tumor pode crescer, mas não é uma previsão exata.

Sobrediagnóstico: Identificação de cancros indolentes, isto é, cancros que nunca iriam causar desconforto; cancros que não

iriam progredir; cancro que iriam evoluir tão lentamente que não chegariam a causar sintomas durante a vida da pessoa. O tratamento destes cancros indolentes corresponde a um sobretratamento.

Sintoma: Efeito da doença sentido pelo paciente. A dor, por exemplo, é um sintoma.

Terapia hormonal: Tratamento do cancro através da remoção, bloqueio ou adição de hormonas.

Toque retal: Procedimento em que o médico, provido de luvas, insere um dedo lubrificado no reto, para palpar o reto e a próstata, em busca de alterações. Durante este exame podem ser palpados tumores na próstata.

Tratamento ativo: Cirurgia, radioterapia externa, radioterapia interna, terapia hormonal, crioterapia ou uma combinação destes tratamentos. O termo “tratamento ativo” é frequentemente utilizado para distinguir estes tratamentos de vigilância ativa.

Tumor: Crescimento anormal de tecido. Os tumores podem ser malignos (cancerosos) ou benignos (não cancerosos).

Uretra: O canal que se estende desde a bexiga até à extremidade do pênis. Transporta através do pênis a urina da bexiga e, durante a ejaculação, o sêmen.

Urologista: Um médico especializado nas doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino.

Vigilância ativa: Acompanhar de perto o paciente com testes regulares de PSA e adiar o tratamento ativo, a não ser que se manifestem sintomas ou sinais da doença. A vigilância ativa pode ser uma escolha para monitorizar tanto o aumento da próstata, como o cancro da próstata em fase inicial.

Definições adaptadas de: Understanding Prostate Changes: A Health Guide for All Men, National Cancer Institute, August 2004, NIH Publication No. 02-5199; What You Need to Know About Prostate Cancer, National Cancer Institute, May 2005, NIH Publication No. 05-1576; and the American Cancer Society's cancer glossary at www.cancer.org.

BIBLIOGRAFIA

A informação contida neste auxiliar de decisão está atualizada no momento da sua impressão (fev. 2019).

A investigação em curso poderá alterar o seu conteúdo.

Este auxiliar de decisão foi adaptado de:

Taylor KL, Denis KM, Schwartz MD, Goldman PH, Dawson DL, Ohene-Frempong J, Woolf SH, Krist A, Fishman MB, Cole CA, Red S, Parker E, Dorfman C, Haisfield L, Jackson T (2007). Prostate Cancer Screening: Making the Best Choice (Patient Decision Aid). Georgetown University Medical Center, Washington DC. <http://prostadecision.georgetown.edu/>

A versão original deste auxiliar de decisão foi testada no seguinte ensaio clínico:

Taylor KL, Williams RM, Davis K, Luta G, Penek S, Barry S, Kelly S, Tomko C, Schwartz M, Krist AH, Woolf SH, Fishman MB, Cole C, Miller E. Decision making in prostate cancer screening using decision aids vs usual care: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2013 Oct 14;173(18):1704-12.

Bibliografia Consultada

Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, et al; PLCO Project Team. 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* 2012;104:125-32. PMID: 22228146.

Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, et al Overdiagnosis: what it is and what it isn't *BMJ Evidence-Based Medicine* 2018;23:1-3.

Direcção Geral de Saúde (2017). Prescrição e Determinação do Antígeno Específico da Próstata – PSA. Norma de Orientação Clínica 060/2011.

Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Portugal – Doenças Oncológicas em Números – 2015.

Fay, M.P., Pfeiffer, R., Cronin, K.A., Le, C. and Feuer, E.J. (2003). Age-conditional probabilities of developing cancer. *Statistics in Medicine*, 22(11): 1837-1848.

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

Instituto Nacional de Estatística. Destaque – Causas de Morte 2016. 22/05/2018.

Martin RM, Donovan JL, Turner EL, et al; CAP Trial Group. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018; 319(9):883-895. doi: 10.1001/jama.2018.0154.

Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al; ERSPC Investigators. Screening and prostate cancer mortality: Results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014;384:2027-2035. PMID: 25108889.

USPSTF. Final Recommendation Statement: Screening for Prostate Cancer and Final Evidence Review: Screening for Prostate Cancer. U.S. Preventive Services Task Force. May 2018.

