

# ANÁLISE QUALITATIVA DO PERFIL DE UROLOGISTAS E ABRANGÊNCIA DOS RECURSOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

**Palavras-Chave:** Adenocarcinoma de Próstata, Perfil Profissional Urologistas, Propostas Terapêuticas

**Autores(as):**

Lucas do Prado Paz, Uro-Uncologia – PUC-Campinas

Paloma Maria Ribeiro Lescura França, Uro-Oncologia – PUC-Campinas

Wagner Eduardo Matheus, Uro-Oncologia – UNICAMP

Angela Maria Elizabeth Piccolotto Naccarato, Uro-Oncologia – UNICAMP

Ivan Memic Silva, Uro-Oncologia – UNICAMP

Prof. Dr. Ubirajara Ferreira (orientador), Uro-Oncologia - UNICAMP

---

## INTRODUÇÃO:

De acordo com o Observatório Global do Câncer (GLOBOCAN), em 2018, 1,28 milhão de novos casos de Carcinoma de Próstata (CaP) foram relatados em todo o mundo (1). Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) encontraram mais de 65 mil novos casos por ano, no período entre 2020 e 2022 (2).

Os avanços tecnológicos e o desenvolvimento de novas técnicas de cirurgia e radioterapia permitiram avanços consideráveis no tratamento do CaP nos últimos anos. Em relação à descoberta de novos medicamentos, o progresso tem sido impressionante e, no cenário atual, novos agentes hormonais têm sido desenvolvidos, bem como novas quimioterapias, imunoterapias, medicina nuclear, entre outros (3,4,5).

Devido às diversas possibilidades de tratamentos para CaP e possíveis variações no manejo entre os urologistas brasileiros, este estudo pretende melhor compreender e trazer ao conhecimento, dentre as diversas técnicas terapêuticas, aquelas que são as abordagens mais comumente aplicadas para doenças localizadas e avançadas.

## METODOLOGIA:

O estudo foi realizado de forma transversal, através da aplicação de um questionário com questões dissertativas e de escolha múltipla, em formato Google Forms, dirigido a Urologistas e residentes de Urologia, durante um período de 9 meses. O questionário foi respondido anonimamente, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Um comitê de ética local aprovou o estudo.

O questionário foi composto por 23 questões que avaliaram inicialmente o perfil demográfico do urologista/residente (idade, sexo, nacionalidade, cidade, estado, área geográfica de atuação) e perfil profissional (título de especialista, anos e área de atuação, pós-graduação, magistério, Sistema Único de Saúde (SUS)) ou consultório particular). Após a

avaliação inicial, o questionário abordou, por meio de escalas numéricas e Likert, o conhecimento dos participantes sobre o tratamento do CaP localizado e avançado, incluindo técnicas cirúrgicas, radioterápicas, de tratamento minimamente invasivo, terapias focais e tratamentos medicamentosos (quimioterápicos, antiandrogênicos, entre outros).

Após a coleta de dados, eles foram revisados e analisados de forma agrupada e anônima.

## RESULTADOS:

Duzentos e vinte urologistas/residentes foram entrevistados, mas nem todos responderam a todas as perguntas. Em relação ao perfil dos entrevistados, 95% são do sexo masculino, 5% do sexo feminino e a maioria tem entre 31 e 50 anos (54%). Setenta e quatro por cento possuem o título de especialista em Urologia pela Sociedade Brasileira de Urologia, enquanto 14% são residentes e 12% não possuem o título. Dos entrevistados, 40% deles concluíram a residência há mais de 20 anos. As principais áreas de interesse dos urologistas entrevistados são urologia geral, oncologia, litíase e hiperplasia prostática.

Os dados tiveram abrangência nacional, compreendendo 21 estados e o Distrito Federal, com maior quantidade de dados obtidos nas regiões Sudeste e Sul e não abrangendo os estados do Acre, Amapá, Pará, Roraima e Tocantins. (Figura 1). A maioria dos médicos entrevistados atua em regiões metropolitanas (>100 mil habitantes), compreendendo 87% do total de participantes. O perfil epidemiológico está resumido na Figura 2

Em relação ao CaP localizado, os urologistas têm maior conhecimento sobre as técnicas de Prostatectomia Radical (PR) aberta e Vigilância Ativa (VA) e conhecem pouco sobre as técnicas de PR perineal e Crioterapia (Figura 3). Em relação ao interesse em aprimorar técnicas, o menos desejado é o RP perineal e o mais desejado é o PR Robótico. Também foi relatado que os urologistas têm pouco acesso a técnicas de crioterapia, ultrassom focalizado de alta intensidade (HIFU), PR perineal e braquiterapia; quanto ao acesso, é mais prevalente à vigilância ativa, PR aberta, PR laparoscópica, radioterapia e PR robótica. Em relação à segurança na indicação de técnicas, o PR aberto e o PR robótico são os que apresentam as maiores taxas, enquanto o PR perineal e a Crioterapia são as técnicas que os profissionais mais hesitam em recomendar. As técnicas mais recomendadas foram PR aberto e PR robótico, enquanto as menos recomendadas foram PR perineal, Crioterapia, HIFU e Braquiterapia (Figura 4).

Observamos que 40% (88 de 219) dos urologistas estão insatisfeitos com o acesso cirúrgico que utilizam e desejam migrar para outras técnicas.

Em relação ao conhecimento sobre CaP avançado, eficácia e segurança de medicamentos e outras técnicas, orquiectomia, goserelina, leuprolida e bicalutamida são os métodos mais conhecidos, enquanto lutécio, denosumabe e rádio 223 são os menos conhecidos (Figura 5). Abiraterona, enzalutamida, apalutamida e darolutamida são os medicamentos sobre os quais os urologistas mais desejam aprimorar seus conhecimentos, enquanto o dietilestilbestrol é o medicamento com menor desejo de melhoria. O acesso a diferentes técnicas é amplo, sendo a orquiectomia a mais acessível e o rádio 223 e o lutécio os menos acessíveis. Assim, os urologistas estão mais confiantes em recomendar a orquiectomia, enquanto o rádio 223 e o lutécio são tratamentos que os profissionais estão menos confiantes em recomendar. Em relação à prescrição, o dietilestilbestrol, a ciproterona e a flutamida são os medicamentos menos prescritos, sendo a orquiectomia o tratamento mais indicado (Figura 6).

No cenário atual de agentes hormonais disponíveis, 8 urologistas (4%) estão completamente satisfeitos, 74 (34%) acreditam que o cenário é satisfatório, 60 (28%) julgam como indeterminado, 53 (24%) classificam como ruim e 23 (10%) acreditam que o cenário é completamente insatisfatório.

## DISCUSSÃO:

Poucos artigos descrevem o papel do urologista em relação ao CaP e praticamente nenhum dos estudos analisados entrevistou de forma qualitativa, buscando compreender como os urologistas veem seu próprio trabalho.

Em estudo realizado no Líbano, por Sebaaly et al. (6), que incluiu 39 urologistas, 8 oncologistas e 5 radiooncologistas, verificou-se que a vigilância ativa foi indicada em metade dos casos de CaP localizado em pacientes saudáveis com expectativa de vida superior a 10 anos e 46,2% dos médicos recomendaram PR. Apesar disso, 58% dos médicos tinham cerca de 5% dos casos sob vigilância ativa e apenas 6% tinham mais de 15% dos casos sob essa técnica.

Herden et al. (7), na Alemanha, computaram um estudo com 259 médicos que, no total, diagnosticaram 2.957 pacientes com CaP localizado. Os pacientes foram acompanhados por 48 meses. Nos pacientes de baixo risco (1.151 pacientes), 44,9% foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, 14,7% radioterápicos e 37% tratados com Vigilância Ativa (VA) e *Watchful Waiting* (WW), este incluindo tratamento hormonal para os sintomas (palição). Inicialmente, 60,7% dos pacientes estavam em acompanhamento com VA, 23,9% tiveram sua conduta alterada e 15,4% abandonaram a pesquisa. Em nosso cenário, o PR foi mais indicado em relação à VA em números totais, apesar da capacidade e confiança da maioria dos urologistas em recomendar a técnica conservadora. Pode representar uma diferença com os cenários alemão e libanês, uma vez que não podemos afirmar com certeza que a VA não é a primeira escolha dos médicos brasileiros, devido à nossa amostra limitada.

Em estudo realizado nos Estados Unidos por Hoffman et al. (8), que compilou o trabalho de 2.145 urologistas, responsáveis pelo diagnóstico de 12.068 homens com CaP de baixo risco, apresentaram as seguintes opções terapêuticas: 19,9% com VA, 15,4% PR, 23% braquiterapia, 29,1% com radioterapia, 6,2% com radioterapia associada à braquiterapia, 2,8% crioterapia e 3,6% com bloqueio hormonal, mostrando uma grande discrepância em relação à escolha preferida pelos médicos brasileiros que, em sua maioria, preferem VA, PR ou radioterapia.

No Canadá, Saad et al. (9) criaram um painel com 29 especialistas em CaP, sendo 12 urologistas, 12 oncologistas e 5 oncologistas de radiação, que responderam a um questionário sobre CaP avançado e seu manejo. Neste grupo, 100% dos casos de CaP metastático sensível à castração foram tratados com agentes direcionados ao eixo do receptor de andrógeno (ARATs), apalutamida e enzalutamida. Nos casos de pacientes com CaP metastático sensível à castração de alto volume, 59% indicariam apenas ARATs, enquanto 41% indicariam ARATs ou docetaxel, sendo este último o medicamento de escolha no caso de doenças de alto risco.

Em estudo realizado por Fujita et al. (10), no Japão, foi realizada a coleta de dados com urologistas do país, sobre CaP avançado, na reunião da Associação Japonesa de Urologia. Eles compararam seus resultados com a discussão realizada na Conferência de Consenso do Câncer de Próstata Avançado. O estudo demonstrou que o tratamento inicial sempre usa terapia de privação androgênica. Nos casos não metastáticos resistentes à castração, 7,3% escolheram apalutamida, 29,3% darolutamida, 22% enzalutamida, 31,7% escolheram qualquer uma das drogas citadas acima e 4,9% escolheram abiraterona. Nos casos de doenças metastáticas de alto volume, 48,1% adicionariam abiraterona, apalutamida ou enzalutamida, 25% usariam docetaxel ou os medicamentos citados acima, 13,5% usariam uma combinação de grupos e 5,8% apenas docetaxel. A bicalutamida e a quimioterapia também foram citadas como métodos de tratamento para doenças metastáticas resistentes à castração. Em nossa pesquisa, os medicamentos mais prescritos pelos urologistas foram a bicalutamida e a goserelina, sendo a quimioterapia, o docetaxel, a abiraterona, a apalutamida e a enzalutamida raramente prescritos pelos urologistas brasileiros. No entanto, encontramos baixa adesão entre os médicos brasileiros em relação ao tratamento farmacológico, sendo o tratamento cirúrgico por orquiectomia o procedimento mais adotado no país. Nenhum dos artigos citados incluiu comentários sobre orquiectomia.

O cenário brasileiro difere de outros países do mundo, com predileção nacional pelo tratamento cirúrgico e necessitando de maiores esclarecimentos sobre esses dados. Em relação à terapia hormonal, pode-se levantar a possibilidade de que, por falta de conhecimento, os urologistas não utilizem essa modalidade de tratamento, a maioria não prescreva ou, quando necessário, encaminhe para um oncologista clínico, o que pode sugerir a necessidade de mais informações e cursos sobre tratamento farmacológico.

Os médicos brasileiros trabalham de forma diferente de outros países, principalmente no que diz respeito ao uso da VA, com preferência pelo PR no tratamento do CaP localizado, com pouco acesso ou falta de conhecimento sobre outros tratamentos. Quanto ao CaP avançado, o tratamento de escolha e mais acessível é a orquiectomia para castração. Os resultados obtidos refletem o trabalho de um pequeno número de urologistas, concentrados no estado de São Paulo, e com maior participação no setor privado.

A necessidade de desenvolver mais pesquisas na área, trabalhos que possam compreender a tendência para as cirurgias e a insatisfação dos profissionais com o acesso disponível em sua prática diária, a possibilidade de cursos de capacitação, são dúvidas que precisam ser esclarecidas.

## CONCLUSÕES:

Os urologistas brasileiros têm grande conhecimento e interesse no tratamento cirúrgico mais frequente do CaP, no que diz respeito às modalidades clínicas na doença avançada, o urologista tem falta de conhecimento e interesse em novas terapias medicamentosas geralmente não estão disponíveis em seu local de trabalho.

Há necessidade de desenvolver mais pesquisas nessa área, para entender a tendência de cirurgias e a insatisfação desses profissionais.

## FIGURAS

FIGURA 1 - ESCOPO NACIONAL DE PRÁTICA DO UROLOGISTA



FIGURA 2 - PERFIL DE EPIDEMIOLOGIA

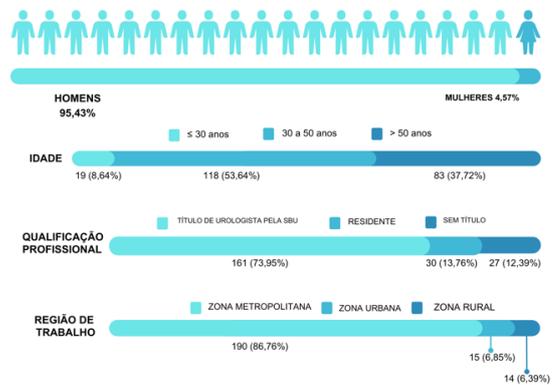


FIGURA 3 - CONHECIDO SOBRE TÉCNICAS EM CÂNCER LOCALIZADO

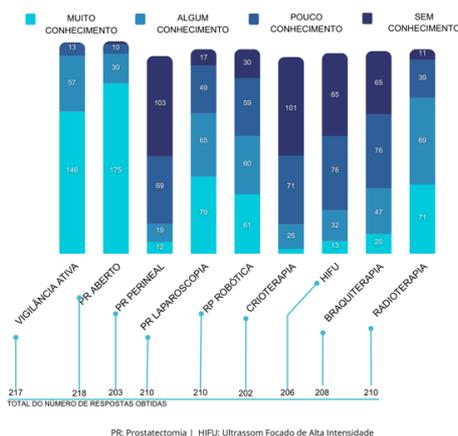


FIGURA 4 - FREQUÊNCIA DE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO PARA DOENÇA LOCALIZADA



FIGURA 5 - CONHECIMENTO SOBRE TÉCNICAS EM DOENÇA AVANÇADA

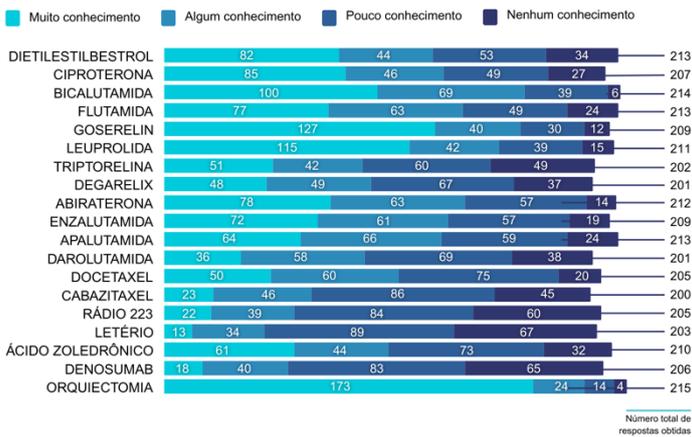
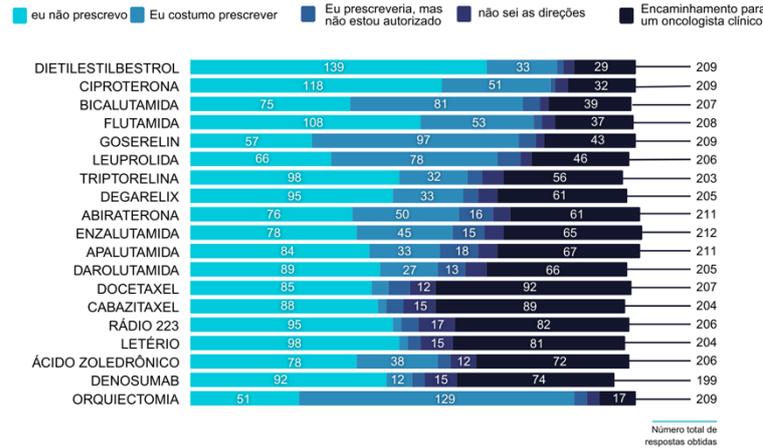


FIGURA 6 - FREQUÊNCIA DE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO PARA DOENÇA AVANÇADA



## BIBLIOGRAFIA

- Mattiuzzi C, Giuseppe L: Epidemiologia Atual do Câncer. *Jornal de epidemiologia e saúde global* 2019; vol. 9,4: 217-222.
- INCA. Saúde do Homem, Instituto Nacional de Câncer, 2020. Available in: <https://www.inca.gov.br/campanhas/cancer-de-prostata/2020/saude-do-homem>. Access in: 4-de march de 2023.
- Park JC, Eisenberg MA: Avanços no tratamento do câncer de próstata metastático. *Anais da Mayo Clinic* 2015; 90: 1719-1733
- Teo MY, Rathkopf DE, Kantoff P: Tratamento do câncer de próstata avançado. *Annu Rev Med.* 2019; 70:479-499.
- Dawson NA, Leger P: Visão geral do tratamento do câncer de próstata resistente à castração (CRPC). Atualizado, 2023.
- L. Sebaly R, Mansoor M, Labban M, Zafar RF, Armache A, Mukherjee D, et al. al: Inquérito sobre a prática da vigilância ativa do cancro da próstata a partir do Médio Oriente. *Próstata Int.* 2020; 8(1): 41-48.
- Herden J, Ansmann L, Ernstmann N, Schnell D, Weißbac L: O tratamento do câncer de próstata localizado na prática diária na Alemanha. *Dtsch Arztebl Int.* 2016; 113(19): 329-36.
- Hoffman KE, Niu J, Shen Y, Jiang J, Davis JW, Kim J, et al: Variação médica no tratamento do câncer de próstata de baixo risco: um estudo de coorte de base populacional. *Estagiário do JAMA Med.* 2014; 174(9): 1450-9.
- Saad F, Hotte SJ, Finelli A, Malone S, Niazi T, Noonan K, et al: Resultados de um fórum de consenso canadense das principais áreas controversas no tratamento do câncer de próstata avançado: Recomendações para profissionais de saúde canadenses. *Can Urol Assoc J.* 2021; 15(10): 353-358.
- Fujita K, Suzuki H, Hinata N, Miura Y, Edamura K, Tabata KI, et al: Manejo de pacientes com câncer de próstata avançado no Japão: consideração do 'mundo real' dos resultados da Conferência de Consenso do Câncer de Próstata Avançado. *Transl Androl Urol.* 2022; 11(12): 1771-1785.