

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

REBEKA MOREIRA LEITE NERES
RAFAELA DE ANDRADE SILVA MIRANDA

ANÁLISE DESCRITIVA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NO
CONTEXTO ASSISTENCIAL DE ATUAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA

2021

**REBEKA MOREIRA LEITE NERES
RAFAELA DE ANDRADE SILVA MIRANDA**

**ANÁLISE DESCRITIVA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NO
CONTEXTO ASSISTENCIAL DE ATUAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Conrado Carvalho Horta Barbosa

BRASÍLIA

2021

AGRADECIMENTOS

Durante essa pesquisa, somos gratas ao Centro Universitário de Brasília e à equipe de coordenação do Programa de Iniciação Científica por ter nos dado a oportunidade de participar desse projeto de grande relevância acadêmica. Além disso, agradecemos ao nosso professor Doutor Conrado Carvalho Horta Barbosa pela paciência e dedicação ao nosso projeto e às nossas ideias, tendo destreza para orientação da elaboração deste artigo. Agradecemos também às nossas famílias que nos apoiaram até o presente momento e nos deram forças para continuar em momentos de dificuldade.

RESUMO

O câncer de próstata é a segunda maior causa de mortalidade por câncer em homens no mundo. A maioria dos pacientes com essa comorbidade é assintomática, vindo a apresentar sintomas apenas na doença localmente avançada ou metastática. Diante disto, é questionada a importância do rastreamento para a prevenção secundária. Contudo, não há consenso sobre a efetividade da aplicação destes rastreios na literatura. A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) recomenda o rastreamento de CA de próstata de forma individualizada na população masculina entre 55 e 69 anos. Por outro lado, o Ministério da Saúde (MS) desaconselha esta prática, uma vez que evidências mostram que os danos superam os benefícios, realizando, assim, a prevenção quaternária. Considerando tais divergências, fez-se este estudo com o objetivo de avaliar a aplicabilidade do rastreamento do câncer de próstata realizado pelos médicos da Atenção Primária em Saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal. Para isto, foi realizado um estudo transversal quantitativo, por meio de um questionário que identificou a preferência dos profissionais, se pela adoção das recomendações da SBU, a favor da triagem, ou do MS, que não recomenda esse rastreio. Foi encontrada uma amostra total de 12 profissionais. Dentre estes, 66,7% afirmaram que realizam o rastreio do CA de próstata dentro da sua prática médica. Como instrumentos de rastreamento, PSA é utilizado por 87,5% dos médicos, 75% usam anamnese e o exame físico e 25% utilizam o ultrassom de próstata. 33,3% afirmaram que não indicavam o rastreio do CA de próstata na prática clínica com as seguintes justificativas: “Falta de evidência científica”; “Mais evidências de malefícios que benefícios no rastreamento”; “Exames pouco sensíveis”. 16,6% dos pesquisados indicam o início dessa prática a partir de 40 anos, 50% acima de 50 anos e 8,3% afirmam que o rastreamento devia começar a partir de 45 anos. A partir de revisão bibliográfica e coleta de dados da pesquisa foi possível inferir que a falta de consenso entre as recomendações do MS e da SBU quanto ao rastreamento de Câncer de Próstata dificultam a aplicabilidade dessa prática na Atenção Primária em Saúde (APS). A falta de agentes educadores em saúde, o seguimento em periodicidade inadequada dos pacientes, a falta de interesse do paciente no rastreamento e a falta de verba para custeio de exames foram apontados como as principais barreiras enfrentadas pelos profissionais médicos na APS. Para que o cuidado em saúde seja centrado na pessoa, é necessário a prática da Prevenção Quaternária. Com base nesse conceito, o sobrediagnóstico e sobretratamento é evitado. Além disso, o usuário da rede de saúde fica ciente dos riscos e benefícios do rastreamento do CA de próstata e pode decidir, de forma compartilhada com o médico, se deseja ser submetido ao rastreio, tornando-se assim, agente ativo no processo de cuidado.

Palavras-chave: Câncer de próstata; Rastreamento; PSA; Prevenção primária; Prevenção quaternária.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	7
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
4. METODOLOGIA	12
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
7. REFERÊNCIAS	25
8. APÊNDICES	29
9. ANEXOS	35

INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de próstata é a quinta neoplasia mais incidente do mundo e apresenta a segunda maior mortalidade por câncer em homens, estando atrás apenas do CA de pulmão¹. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou, para 2020, 65.840 novos casos². Dentre os fatores de risco, a idade avançada é o mais importante³, sendo 75% dos casos diagnosticados em homens acima dos 65 anos⁴. A descendência africana, história familiar, doenças sexualmente transmissíveis, obesidade, tabagismo, etilismo e condições alimentares também contribuem para seu aparecimento⁵.

O CA de próstata engloba um grande espectro de tumores, variando em gravidade e velocidade de proliferação celular. Pode possuir desde uma alta agressividade até um crescimento lento, sendo impossível a distinção no momento do diagnóstico⁶. Entretanto, apesar da diversidade evolutiva, grande parte dos tumores da próstata não possuem expressão clínica significativa, sendo a maioria dos pacientes assintomática⁷. Assim, os sintomas só costumam se manifestar na doença localmente avançada ou metastática³.

Diante da importância clínica e epidemiológica do CA de próstata, levantou-se a possibilidade de rastreio populacional dessa condição. Esse rastreamento objetiva realizar a detecção precoce de tumores, antes do surgimento de sintomas, elevando, assim, a taxa de sucesso do tratamento, a sobrevida ou a melhora da qualidade de vida⁸. Essa ação se enquadra no nível de prevenção secundária, por se tratar de uma atividade que visa detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes, subclínico, objetivando diagnóstico e tratamento precoces e melhorando prognóstico⁶.

Assim, a Sociedade Brasileira de Urologia enfatiza que o rastreamento de CA de próstata deve ser feito de forma individualizada na população masculina entre 55 e 69 anos. Ainda preconiza o rastreio em homens entre 40 e 54 anos com fatores de risco para essa condição⁹. Atualmente, a detecção precoce desta neoplasia é realizada a partir de dois exames principais: o toque retal e a dosagem sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA)^{3,10}.

Contudo, não há consenso sobre a efetividade da aplicação destes rastreios na literatura^{7,11,12,13}. Os contrários à triagem citam a preocupação com o diagnóstico excessivo e sobretratamento de condições que não chegariam a comprometer a saúde do homem, resultando em uma piora da qualidade de vida consequente aos efeitos colaterais do

tratamento, como incontinência urinária e impotência sexual, prejuízo psicológico e custos médicos significativos ^{6,13,14}.

Os argumentos contrários ao rastreamento cumprem ações do nível de prevenção quaternária. O dicionário WONCA ¹⁵ definiu como prevenção quaternária a detecção de indivíduos em risco de intervenções (diagnósticas e/ou terapêuticas) excessivas para protegê-los de ações médicas inapropriadas ^{6,16,17}. Executar a prevenção quaternária é reconhecer, escutar e auxiliar os pacientes perante a incerteza das ações em saúde. É uma conscientização dos limites médicos e dos desejos de aplicar à prática os princípios da medicina baseada em evidências. Fundamenta-se, assim, no domínio da informação médico-científica e da sua execução nas decisões rotineiras com base na individualização de riscos x benefícios ¹⁷.

O Ministério da Saúde desaconselha o rastreamento para o CA de próstata, uma vez que evidências mostram a ineficácia dessa estratégia, tendo os danos superando os benefícios ^{6,10,13}. Entretanto, afirma que o toque retal e o PSA podem ser realizados em pacientes que demandam espontaneamente o rastreamento dessa condição, desde que o profissional assistente oriente quanto aos riscos e benefícios associados a essa prática e que haja uma decisão conjunta entre médico e paciente a favor do rastreamento ^{6,7,13}.

Desse modo, levanta-se um questionamento quanto aos reais benefícios relacionados com o rastreamento do câncer de próstata, especialmente se consideradas as medidas preconizadas na prevenção quaternária em saúde.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Avaliar a aplicabilidade do rastreamento do câncer de próstata realizado pelos médicos da Atenção Primária em Saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal.

Objetivos específicos:

1. Analisar os riscos e benefícios do rastreamento de acordo com a experiência prática dos médicos da assistência.
2. Estabelecer a conduta recomendada e adequada do rastreamento na prática médica na atenção básica de saúde do Brasil.

3. Avaliar o grau de adesão das ações de rastreamento do CA de próstata pelos médicos da APS do DF
4. Pesquisar o emprego da prevenção quaternária nas UBS de diferentes pontos do DF com relação ao rastreio do CA de próstata.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O câncer (CA) de próstata tem grande importância epidemiológica para a população masculina, especialmente quanto a sua incidência e mortalidade. Corresponde ao segundo tipo de câncer mais incidente em homens, perdendo somente para o câncer de pele não melanoma, e é a segunda maior causa de morte por neoplasia em pessoas do sexo masculino, sendo superado pelo câncer de pulmão ^{1, 13, 18}.

O risco de apresentar o CA de próstata aumenta substancialmente após os 50 anos em homens brancos, sem história familiar da doença, e após os 40 anos em negros e naqueles que têm parentes próximos com o câncer ⁵. Além disso, especula-se que infecções sexualmente transmissíveis podem ser um importante fator de risco na patogênese do CA de próstata. Diversos estudos demonstraram a presença de HPV nos carcinomas de próstata em uma variação de 4,2% a 53% dos casos. Gonorreia e tricomoníase também foram associados à doença em investigações científicas ^{19, 20}.

A obesidade é suspeita de aumentar o risco para tumores agressivos, uma vez que aumenta hormônios esteróides sexuais e metabólicos envolvidos na oncogênese. Descobriu-se, também, que homens fumantes apresentam níveis aumentados de androsterona e testosterona, o que pode elevar o risco ou contribuir para a progressão do câncer. Ademais, foi mostrado que o risco relativo para CA prostático aumenta de 1,05 para o consumo de uma dose de álcool por dia para 1,21 para 4 doses alcoólicas ^{5, 21, 22}. A ingestão de gordura animal saturada aumenta o metabolismo basal e IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1), radicais livres, leucotrienos e prostaglandinas, que são fatores de proliferação tumoral ^{23, 24}.

O CA de próstata pode ter uma evolução variável, de forma que existem casos em que há uma multiplicação acelerada e desordenada de células neoplásicas, que irá resultar em um tumor de rápida progressão, com grande possibilidade de disseminação para outros órgãos. Entretanto, a grande maioria das neoplasias de próstata tem um crescimento lento, não se manifestando clinicamente²⁵. Dessa forma, é uma patologia comumente

assintomática, com expressão clínica significativa somente em casos de doença localmente avançada ou metastática ^{3,7}. O quadro clínico inclui sintomas como: jato urinário fraco, disúria, poliúria, noctúria e hematúria ^{18,25}.

Atualmente, o rastreamento do CA de próstata é feito a partir do toque retal e da dosagem sérica do antígeno prostático específico (PSA). O toque retal possibilita a avaliação do tamanho, forma e textura da próstata, com o intuito de identificar anormalidades ¹³. Constitui uma ferramenta na detecção de neoplasia, tendo em vista que 80% dos tumores estão localizados na zona periférica da próstata e 18% dos cânceres nessa glândula são identificados por meio desse exame, independente da concentração sérica de PSA ³.

O PSA é o marcador mais amplamente utilizado para monitorização do CA de próstata. É uma glicoproteína de 34 Kd (Kilodalton), com atividade de serina protease, presente no epitélio prostático, cuja função é liquefazer o coágulo seminal, de forma que sua concentração sérica é normalmente baixa. Sabe-se que o PSA também está presente em outras fontes corporais, tais como: secreções mamárias fisiológicas ou patológicas, líquido amniótico e em lavados broncoalveolares, além da glândula prostática. Entretanto, a produção do antígeno nesses locais não é significativa para a contagem sérica ^{26,27,28,29}.

Dentro do contexto do rastreamento do CA de próstata, a elevação do PSA expressa a extensão de lise celular, não correspondendo, portanto, à produção aumentada por células neoplásicas ^{27,30}. Dessa forma, o PSA pode estar elevado em outras afecções prostáticas, tais quais hiperplasia prostática benigna, prostatite e infecções do trato urinário inferior, além de que seu valor pode ser alterado após procedimentos como cateterismo vesical e o próprio toque retal ^{6,27}.

O diagnóstico de CA de próstata depende de biópsia para confirmação histopatológica, que é obtida a por meio do Ultrassom transretal (USTR) ³¹. Apesar do ponto de corte de PSA (≥ 4 mg/mL) comumente usado para realizar a biópsia, a maioria dos homens submetidos a este procedimento não apresentam evidência histológica de câncer de próstata, sendo a taxa de falso-positivos de cerca de 70% ⁸. Da mesma forma que alguns indivíduos com níveis de PSA abaixo deste nível estabelecido abrigam células cancerígenas na próstata ³².

O estadiamento deve ser baseado na ressonância magnética (RM). Em comparação ao toque retal, USTR e com a tomografia computadorizada, a RM demonstra maior acurácia para avaliação da doença uni ou bilobar, extensão extraprostática e invasão das vesículas

seminais. Acrescenta-se na avaliação de estadiamento o número e locais positivos nas biópsias, o grau tumoral e o nível sérico do PSA. O estadiamento linfonodal ocorre somente quando o tratamento potencialmente curativo é planejado. Faz-se a retirada dos linfonodos das cadeias obturatórias e ilíacas, durante o transoperatório da prostatectomia radical retropúbica. O estágio da doença é determinado por meio de critérios T (tumor), N (linfonodo) e M (metástases) e a graduação histopatológica usando-se o escore de Gleason^{32,33}.

Diante das características dessa neoplasia, hoje em dia, existe um debate com relação ao rastreamento populacional do CA de próstata. O rastreio de condições em saúde é caracterizado pela aplicação de testes em pessoas assintomáticas, de maneira que o adoecimento seja identificado precocemente e medidas terapêuticas sejam instituídas de forma mais efetiva. Segundo os níveis de prevenção de Leavell e Clark, o rastreamento de condições é incluído como prevenção secundária em saúde¹⁶.

Um programa de rastreamento ideal deve estar focado no diagnóstico precoce de doenças relevantes no âmbito de saúde pública. Além disso, os pacientes testados devem ser assintomáticos e ter expectativa de vida suficiente para se beneficiarem do tratamento. Os testes de triagem devem possuir grande acurácia e baixo custo e serem minimamente invasivos e facilmente aplicáveis. O tratamento que está disponível para as doenças rastreadas ainda deve ser modificador da história natural da doença, além de reduzir a mortalidade sem causar dano à qualidade de vida do paciente⁷.

Tendo em vista esse contexto, os principais argumentos utilizados para a recomendação da triagem do CA de próstata estão embasados em estudos analisados pela a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (US Preventive Services Task Force - USPSTF). De acordo com ensaios clínicos randomizados apresentados por essa força-tarefa, existem evidências que sugerem que o rastreamento de neoplasia prostática poderia resultar em redução absoluta no risco de desenvolvimento de doença metastática em 3.1 casos por 1000 homens. Além disso, dentre os doentes diagnosticados com formas localizadas, o grupo que foi submetido a triagem sofreu maior proporção de intervenções terapêuticas. Esse último dado sugere que o rastreio precoce dessa condição clínica propicia a instalação de terapêutica antecipadamente à evolução desfavorável da doença³⁴.

Em concordância com esses argumentos, a Sociedade Brasileira de Urologia recomenda o rastreio individualizado do CA de próstata em pacientes entre 55 e 69 anos.

Enfatiza, portanto, que a decisão do paciente pelo rastreamento deve ser feita em conjunto com o médico, profissional esse que necessita fornecer orientações quanto aos riscos e benefícios dessa prática, ponderando os fatores de risco, as condições de saúde e a expectativa de vida de cada indivíduo ^{9,30,35}.

Para o Ministério da Saúde (MS), não há evidências suficientes que confirmem a eficácia do rastreamento, recomendando, então, a não adoção desta prática. Eles justificam esta medida expondo as limitações do teste de PSA. Entre elas, é citado o fato de o PSA não ser um marcador tumor-específico, aumentando em outras condições como hiperplasia benigna da próstata, prostatite e infecções do trato urinário. Alegam também que 20% dos homens com CA de próstata têm PSA normal. Além disso, o valor preditivo do teste é de cerca de 33%, levando a maioria dos homens a serem submetidos à biópsia desnecessariamente. Por fim, afirmam que o teste de PSA leva à identificação de cânceres que não teriam se tornado clinicamente evidentes ^{6,34}.

De modo simplista, o MS procura evitar o sobretratamento e o sobrediagnóstico. O primeiro se refere a métodos curativos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia), empregados de modo desnecessário, expondo os pacientes a efeitos colaterais, aumentando a morbidade e diminuindo a qualidade de vida ⁸. No caso do CA de próstata, os efeitos colaterais apresentados podem variar desde disfunções físicas até aumento do risco cardiovascular e de complicações metabólicas. Dentre as principais consequências, pode-se ressaltar incontinência urinária e disfunção sexual, além de complicações cirúrgicas. Assim, apesar desses sintomas não serem ameaçadores à vida, têm implicações psicológicas importantes, especialmente em homens com idade menos avançada ^{13,36}.

Já o conceito de sobrediagnóstico se relaciona à detecção de lesões que nunca seriam identificadas ao longo da vida dos indivíduos, que poderiam morrer por outras causas antes da expressão clínica da doença ⁸. Resultados de autópsia mostraram que mais de 60% dos homens com mais de 70 anos apresentaram CA de próstata, sendo que a maioria deles não se apresentou clinicamente, ou seja, os tumores se encontravam latentes e o seu diagnóstico deveria ser evitado ⁷.

A prevenção quaternária, deste modo, priva ações que acarretem em sobretratamento e o sobrediagnóstico. Proposta pelo médico de família belga Marc Jamouille, a prevenção quaternária, relacionando-se com os demais níveis propostos por Leavell e Clarck. Estabelece atuações em saúde orientadas para identificar pessoas sob risco

de medicalização excessiva, com objetivo de preservá-las das invasões médicas, e sugerir intervenções eticamente aceitáveis^{33,37}.

Deve-se destacar a prevenção quaternária, uma vez que na prática médica atual, existem, frequentemente, excessos de medidas preventivas e diagnósticas em assintomáticos e doentes. As intervenções médicas em sua totalidade nem sempre beneficiam as pessoas da mesma forma, podendo até prejudicá-las. Assim, a prevenção quaternária baseia-se em dois princípios: proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e precaução (cuidados para não lesar o paciente). Deve ser incrementada continuamente e conjuntamente com a atividade clínica³⁷.

Diante das diferentes conclusões apresentadas na literatura acerca do papel do rastreamento e suas consequências, é fundamental que sejam empregadas uma análise e discussão científica mais rigorosa, visando ponderar os argumentos entre as duas principais entidades de saúde que estudam a temática do câncer de próstata. Deve-se ter em mente ainda ações estabelecidas a partir da prevenção quaternária em saúde, de modo que, as intervenções médicas propostas sejam as mais benéficas possíveis. Só assim poderá ser oferecido ao paciente o melhor manejo desta doença, proporcionando-lhe qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal quantitativo que visa identificar a aplicabilidade do rastreamento do câncer de próstata na Atenção Primária em Saúde, de forma que se possa avaliar a adesão à triagem dessa neoplasia na assistência, além de ponderar os principais benefícios e malefícios desse rastreio, de acordo com a experiência prática dos profissionais médicos, levando em consideração aspectos fundamentais da prevenção quaternária em saúde.

Para isso, foi realizada busca por referências bibliográficas nas bases de dados do *Pubmed*, *Lilacs* e *Google acadêmico*, com os seguintes descritores: câncer de próstata, rastreamento de câncer de próstata, rastreio de câncer de próstata, PSA, toque retal, riscos e benefícios do rastreamento do câncer de próstata, atenção primária e câncer de próstata, níveis de prevenção em saúde, prevenção quaternária, prevenção quaternária e câncer de próstata, bem como seus correlatos em inglês. Foram priorizados os trabalhos mais atualizados e recentes sobre o tema, publicados

nos anos de 2015 - 2020, sendo excluídos aqueles artigos que não apresentavam como enfoque o rastreamento de câncer de próstata e suas ferramentas diagnósticas ou que não continham informações sobre os níveis de prevenção em saúde. Além disso, artigos científicos produzidos antes de 2010 também foram excluídos.

Como instrumento de pesquisa, será utilizado um questionário, cujo objetivo será identificar a forma como o rastreamento do CA de próstata está sendo feito na Atenção Básica em Saúde, ou seja, se a preferência dos profissionais é pela adoção das recomendações da Sociedade Brasileira de Urologia, a favor da triagem, ou do Ministério da Saúde, que não recomenda esse rastreio. Críticas e considerações acerca das políticas empregadas também serão avaliadas. Além disso, a experiência prática do profissional quanto aos desfechos dos pacientes que foram submetidos ao rastreamento também será analisada.

O questionário será embasado em um instrumento pré-existente, semiestruturado e validado pelo estudo da Tucunduva³⁸, adaptado para a realidade do DF. Será composto por perguntas abertas e fechadas, separadas em três partes: 1ª) refere-se aos dados pessoais do médico, como idade, sexo, tempo de graduação e especialização médica; 2ª) composta por questões que abordam o conhecimento e a prática dos profissionais sobre o rastreamento do CA de próstata; 3ª) indaga os profissionais sobre os principais fatores que estes julgam como empecilho para o efetivo rastreamento.

O questionário será enviado por meios digitais para os profissionais incluídos na pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses dois documentos serão anexados em um único formulário, de forma que na introdução do mesmo esteja constando o título da pesquisa, objetivos, esclarecimentos e riscos e medidas que visam minimizá-lo. O período estimado de aplicação do instrumento de estudo será de Novembro de 2020 até Fevereiro de 2021, totalizando 5 meses para que a coleta de dados seja concluída.

Serão incluídos na pesquisa médicos generalistas ou especialistas em Medicina de Família e Comunidade que sejam preceptores do curso de Medicina do UniCEUB e atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são conveniadas com essa instituição. Dessa forma, totalizam-se sete unidades de saúde localizadas em diferentes pontos do Distrito Federal (UBS 01 e 02 de Santa Maria, UBS 09 de Planaltina, UBS 01 da Asa

Norte e UBS 01 do Lago Norte). Além disso, esses profissionais devem ter ciência e estar de acordo com o TCLE, que será anexado ao email enviado, juntamente com o questionário. Serão excluídos da pesquisa outros profissionais de saúde não médicos, aqueles que não estiverem de acordo com o TCLE ou com a realização da pesquisa ou que não fizerem correto preenchimento das informações solicitadas nos questionários.

Os dados dos questionários serão, inicialmente, revisados e codificados manualmente e, em seguida, serão digitalizados, através do programa Windows Excel 2013. Por se tratar de um estudo quantitativo transversal, a medida de frequência utilizada será a prevalência das variáveis da pesquisa, ou seja, da utilização do toque retal e PSA como instrumentos de triagem do CA de próstata. Além disso, para as variáveis discretas será aplicado o teste do qui-quadrado e para comparação das médias das variáveis contínuas será usado o teste paramétrico t de Student. Será considerado o nível de significância $p \leq 0,05$.

Os riscos envolvidos na realização dessa pesquisa são mínimos, envolvendo principalmente o constrangimento dos participantes durante a aplicação dos questionários. Em contrapartida, a pesquisa pode trazer benefícios no sentido de ilustrar, de forma prática, a experiência dos profissionais médicos quanto ao rastreamento do câncer de próstata, englobando seus riscos, benefícios e desfechos terapêuticos.

Os gastos da pesquisa serão basicamente para suprir os custos de deslocamento dos pesquisadores, além de material necessário para confecção dos questionários, como papel, impressão, grampeador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados

Após aplicação do questionário à população alvo da pesquisa, foi encontrada uma amostra total de 12 profissionais, entre a faixa etária de 27 a 52 anos, sendo a média de idade em torno de 40,8 anos. A proporção entre sexo masculino e feminino foi equilibrada, tendo 50% da amostra ambos sexos.

A maior parte dos participantes (75%) são graduados em medicina há mais de 10 anos, sendo que o profissional mais jovem de carreira se formou no ano de 2017. Com relação à presença de especialização médica, observou-se que todos os profissionais

pesquisados possuem uma subespecialidade. Dentre eles, metade (50%) fez residência em Medicina de Família e Comunidade e os outros eram formados em outras áreas como: Medicina Interna e Geriatria (8,3%), Pneumologia (8,3%), Pediatria (8,3%) e Ginecologia e Obstetrícia (8,3%), Medicina de Tráfego (8,3%) e Medicina do Trabalho (8,3%), apesar de atuarem como médicos de família nas Unidades Básicas de Saúde.

Dentro da amostra observada, 08 profissionais (66,7%) afirmaram que realizam o rastreio do CA de próstata dentro da sua prática médica. Diante do posicionamento favorável a práticas de prevenção secundária da neoplasia prostática, o PSA é utilizado por 87,5% dos médicos como instrumento de rastreamento. Além disso, a anamnese e o exame físico (75%) e USG de próstata (25%) também foram citados como ferramentas utilizadas para a detecção precoce do câncer de próstata.

Somente 04 profissionais (33,3%) afirmaram que não indicavam o rastreio do CA de próstata na prática clínica. Uma das justificativas para tal fato foi excluída da pesquisa devido a preenchimento incorreto do formulário. Os outros pesquisados que são contrários ao rastreamento apresentaram basicamente a mesma argumentação. Desta forma, três entrevistados apresentaram as seguintes justificativas para o não rastreamento: “Falta de evidência científica para a melhoria da qualidade de vida e longevidade”; “Mais evidências de malefícios que benefícios no rastreamento”; “Exames pouco sensíveis”.

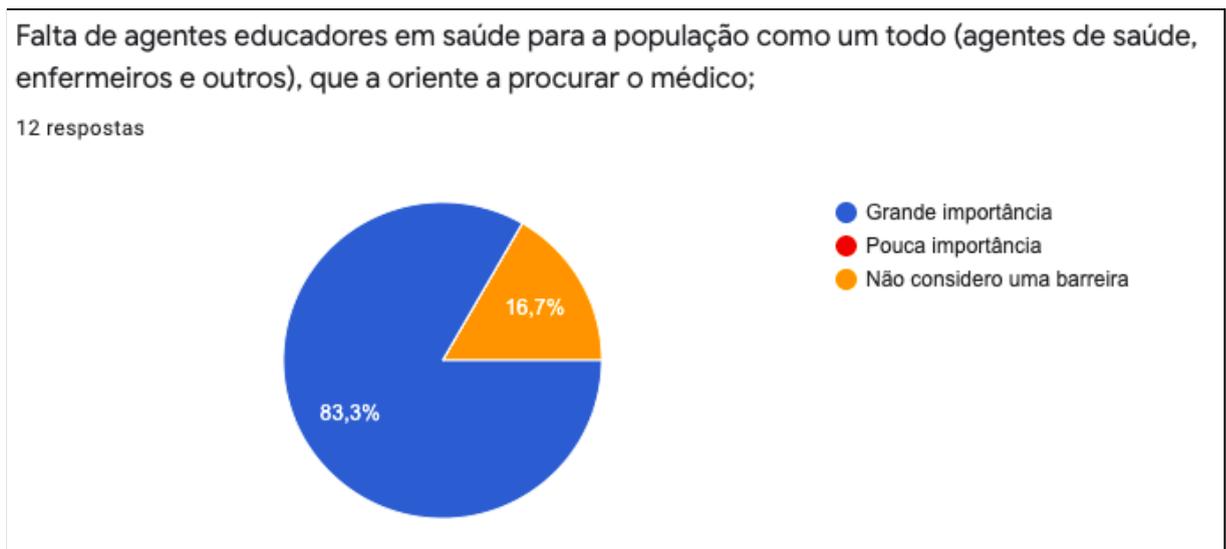
Com relação à idade de introdução do rastreamento, 16,6% assinalou o início dessa prática a partir de 40 anos, 50% indicou o início acima de 50 anos em população de risco habitual e 8,3% afirmou que o rastreamento devia começar a partir de 45 anos. A idade considerada ideal para o término da utilização de métodos de triagem para identificação de CA de próstata também foi controversa entre os profissionais que indicavam o rastreio, sendo que 8,3% indicava o fim do rastreamento aos 70 anos, 33,3% aos 75 anos e 41,6% afirmou que não existia idade definida para tal.

Entre os profissionais que indicavam o rastreio da neoplasia prostática, houve um consenso relativo à frequência de aplicação de métodos de triagem para esse tipo de câncer. Todos os médicos que eram a favor, indicavam a utilização periódica anual de ferramentas diagnósticas para detecção precoce dessa condição.

Além de dados práticos com relação à prevenção secundária do CA de próstata, foram pesquisados alguns fatores que poderiam ser considerados obstáculos ao rastreio

dessa neoplasia na população geral. 83,3% do total da amostra considerou como uma barreira de grande importância ao rastreamento a falta de agentes educadores em saúde que orientem a população a procurar um médico. Já 16,7% dos profissionais não consideram esse um fator que influencie na detecção precoce dessa neoplasia.

IMAGEM 1: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de agentes de saúde



NERES, 2021

Além disso, a falta de tempo do médico para realizar a prevenção secundária do câncer de próstata durante as consultas foi considerado um obstáculo de grande importância para 7 profissionais (58,3%), mas não foram considerados como uma barreira para 4 deles (33,3%).

IMAGEM 2: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de tempo do médico



NERES, 2021

O fato de o tempo interconsultas do mesmo paciente ser espaçado foi considerado um fator de grande importância para o seguimento adequado e consequente rastreio periódico desse paciente por 58,3% dos profissionais. 16,7% consideram esse um aspecto de pouca importância e 25% dos médicos não consideram uma barreira significativa.

IMAGEM 3: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: interconsultas espaçadas

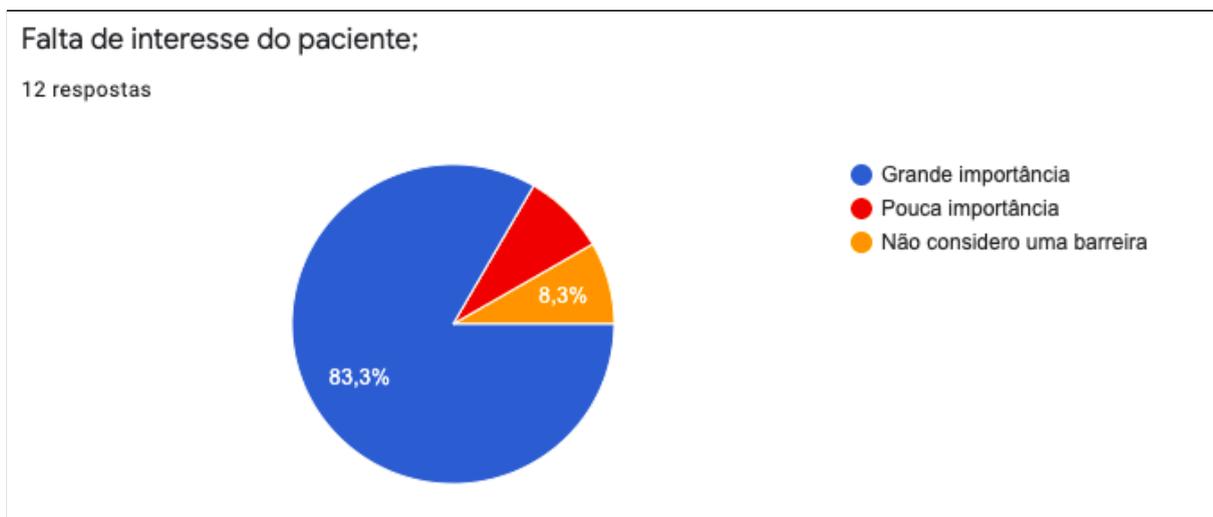


NERES, 2021

A grande maioria dos médicos (83,3%) considera a falta de interesse do paciente como obstáculo de grande relevância para o não rastreio adequado do CA de próstata na

população geral. 8,3% dos profissionais não acredita que esse fator tenha grande importância na prática clínica voltada ao rastreamento e 8,3% não julga que esse aspecto como relevante.

IMAGEM 4: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de interesse do paciente



NERES, 2021

Houve discordância entre os profissionais quanto a existência de verba suficiente para custear os exames de rastreio do CA de próstata. Do total, 08 médicos (66,6%) acreditam que exista uma escassez de verba que tem um impacto expressivo no rastreamento correto dessa neoplasia, enquanto que 01 (8,3%) afirma ser de pouca importância e 03 profissionais (25%) julgam que esse não é um obstáculo para prevenção secundária dessa condição.

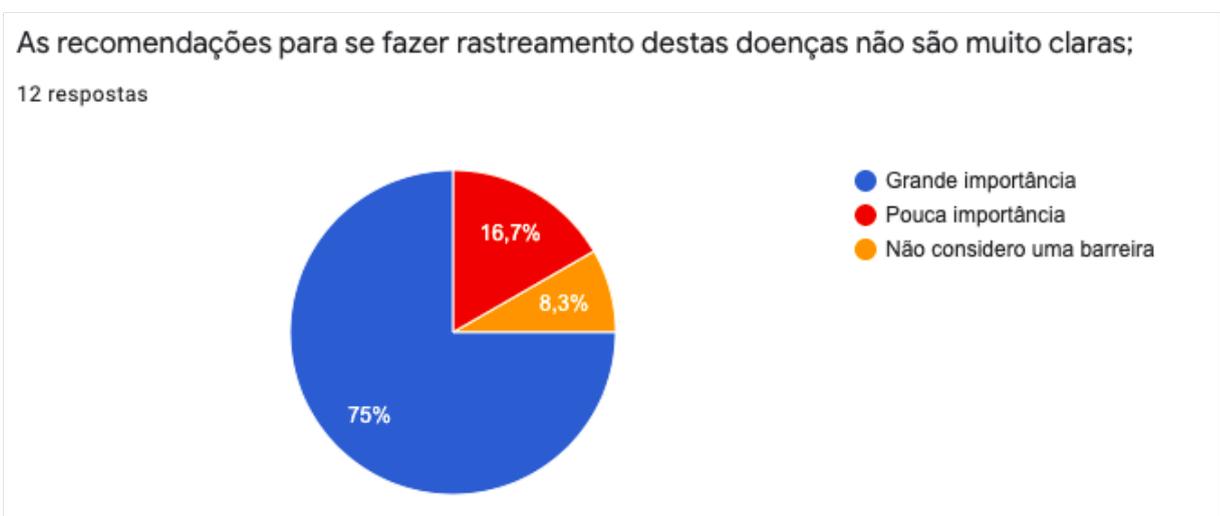
IMAGEM 5: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: escassez de verba



NERES, 2021

Outro fator que foi levado em consideração para a dificuldade do rastreamento do CA de próstata na Atenção Primária diz respeito à falta de consenso na literatura quanto às recomendações específicas para detecção precoce dessa neoplasia. 75% dos profissionais consideram que a divergência de informações entre o recomendado pelo Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Urologia tem grande impacto na falta de rastreamento desse câncer, 16,7% consideram esse fator como de pouca relevância e 8,3% não consideram uma barreira.

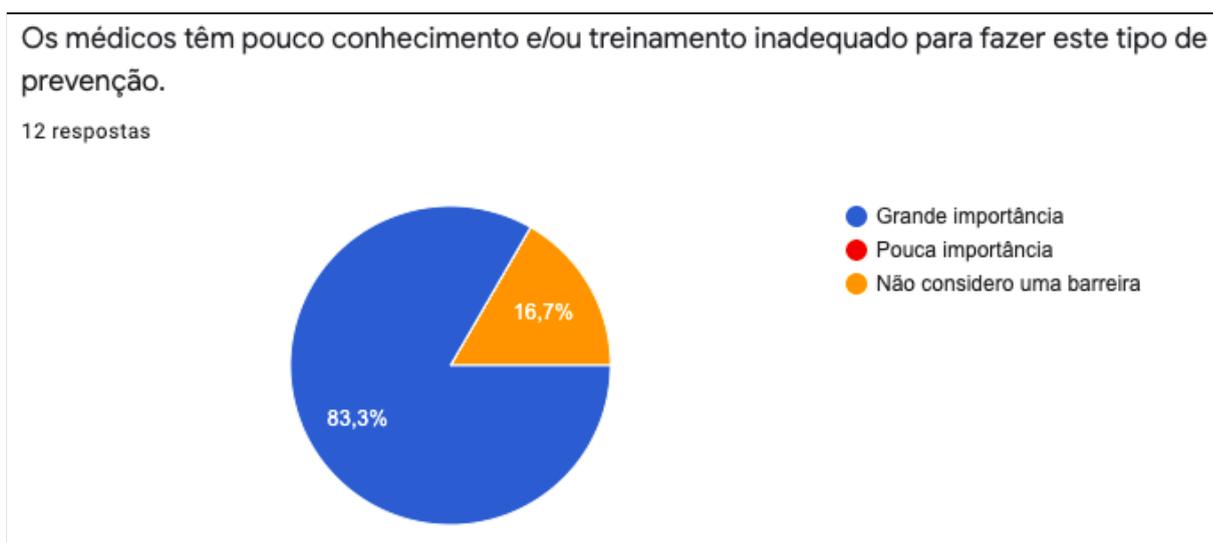
IMAGEM 6: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de consenso na literatura



NERES, 2021

Além disso, 83,3% dos profissionais consideram que a falta de conhecimento e/ou treinamento inadequado dos médicos para realizar a detecção precoce do câncer de próstata seja um aspecto de grande importância para o rastreamento deficitário dessa condição e 16,7% não consideram esse como um fator relevante.

IMAGEM 7: Posicionamentos profissionais relacionados a barreiras para rastreamento: falta de conhecimento e/ou treinamento inadequado dos médicos



NERES, 2021

Discussão

Diante das divergências na literatura sobre as recomendações do rastreamento do CA de próstata, as discordâncias entre os profissionais entrevistados com relação a este assunto já era previsto. Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), de forma geral, a decisão sobre realização do rastreamento deve ser individualizada, sendo considerada, por meio do toque retal e dosagem de PSA, em homens a partir dos 50 ou 45 anos se houver fator de risco para esta patologia ⁹. Já o Ministério da Saúde (MS) não recomenda a prática de rastreamento do CA de próstata ⁶.

Dentre os profissionais pesquisados, observou-se que a maioria dos médicos (66,7%) costuma realizar o rastreamento para o CA de próstata. Tal fato é congruente com o estudo de Colão (2015), o qual expôs que apenas 12,5% dos participantes não solicitaram o PSA como método de rastreamento. As justificativas dadas pelos entrevistados para a não realização do

rastreio no trabalho de Colão se concordaram com as do nosso estudo, sendo citado preocupação com o risco ser maior que o benefício³⁹.

A tendência de seguir a linha da SBU pode ser explicada pelo fato de que o último consenso publicado pelo Ministério da Saúde sobre este assunto foi no ano de 2002⁴⁰. Por outro lado, o posicionamento da Sociedade Brasileira de Urologia é embasado em estudos mais recentes, os quais demonstraram que a prática de rastreamento resulta na diminuição da taxa de mortalidade de 25% a 31% por CA de próstata⁴¹.

Além disso, em um grande Ensaio Randomizado Europeu sobre o estudo do rastreamento do Câncer de próstata (2015), no qual foram avaliados homens de oito países europeus entre 55-69 anos, demonstrou que a redução da mortalidade por essa neoplasia em homens rastreados, comparados aos não rastreados, foi de 27%. Ou seja, uma morte evitada para cada 27 cânceres de próstata detectados. Porém, apesar destes achados, o estudo recomenda considerar os possíveis danos causados pela prática de rastreio antes de introduzi-lo à população⁴².

No que diz respeito àqueles que não são adeptos ao rastreamento (33,3%), um fato observado é que todos estes têm o título de especialidade de Medicina da Família. Neste caso, eles estariam de acordo com os posicionamentos da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC). Eles defendem que existem importantes evidências científicas de que o rastreamento do câncer de próstata muda muito pouco a mortalidade específica e que este pequeno benefício não compensa os potenciais malefícios, como infecção, sangramentos, retenção urinária e impactos psicológicos⁴³.

Em outras palavras, a SBMFC, o MS e o INCA procuram praticar a prevenção quaternária, evitando o sobrediagnóstico e o sobretratamento. Eles argumentam que a detecção precoce não gera grandes impactos na mortalidade pois tais exames não auxiliam na diferenciação de um câncer grave daqueles indolentes, com prognóstico favorável. Desse modo, o paciente seria submetido a procedimentos e estresses desnecessários. Por isso, essas entidades recomendam que o PSA e o toque retal sejam solicitados em situações que o paciente refira sintomas, como noctúria, jato urinário fraco, gotejamento pós-miccional, atuando como instrumentos diagnósticos e não de rastreio propriamente dito³⁵.

Com relação aos instrumentos utilizados para detecção precoce do CA de próstata, 87,5% daqueles a favor do rastreamento relataram solicitar o PSA como ferramenta de rastreio. Contudo, uma metanálise publicada por Ilic D et al (2018) concluiu que o

rastreamento com o PSA leva a uma limitada redução da mortalidade específica por doença, mas não atinge a mortalidade geral. Desta forma, foi evidenciada a importância dos profissionais de saúde considerarem os danos e complicações que este exame pode causar antes de solicitar este exame para algum paciente ⁴⁴.

Referindo-se a idade de início do rastreamento, 16,6% dos entrevistados dizem iniciar o rastreamento a partir de 40 anos. Contudo, de acordo com Catalona WJ (2019), não existem evidências suficientes para recomendar a favor ou contra a realização da triagem em pacientes nesta faixa etária. Porém, o autor recomenda que aqueles pacientes que solicitarem a realização do rastreamento com PSA sejam encorajados, uma vez que a dosagem de PSA na faixa dos quarenta anos é uma boa forma de avaliar o risco de um possível CaP de alta mortalidade ⁴⁵.

Com relação à periodicidade de rastreio populacional da neoplasia prostática, entre os médicos que eram a favor do rastreamento houve um consenso, indicando que 100% deles concordam que as ferramentas de detecção precoce do CA de próstata devem ser aplicadas anualmente. Isso vai de encontro com as recomendações do Nogueira-Rodrigues (2019). Entretanto, levando em consideração o PSA como método de rastreamento, a American Cancer Society (ACS) recomenda o rastreamento anual dessa condição caso os níveis de PSA estejam acima de 2,5 ng-mL e a cada dois anos se valores abaixo desse ⁴⁶.

Foram avaliados também alguns fatores que poderiam ser considerados obstáculos para o rastreamento universal do CA de próstata na Atenção Primária em Saúde. A grande maioria dos profissionais (83,3%) considera que existe uma deficiência de agentes educadores em saúde que realizem a orientação da população quanto à procura por profissionais para avaliação de condições prostáticas. Dentro do contexto da Atenção Primária, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam um papel muito importante de difusão de informação sobre os principais serviços disponíveis na rede assistencial e no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde ⁴⁷.

Entretanto, em estudo realizado com 66 ACSs de Belém do Pará sobre conhecimentos prévios sobre os principais tipos de neoplasias manejados na Atenção Primária, observou-se que existia uma deficiência de conhecimento quanto aos níveis de organização da atenção oncológica e quanto aos principais sinais e sintomas presentes no CA de próstata ⁴⁷. Além disso, no estudo de Gomes et al, realizado com 92 trabalhadores de uma universidade,

constatou-se que a principal fonte de informação sobre a neoplasia prostática era a televisão ou o rádio e em menor porcentagem profissionais de saúde não médicos⁴⁸.

De acordo com 58,3% dos profissionais pesquisados, a falta de seguimento periódico dos pacientes é um fator que contribui para o rastreamento ineficiente do CA de próstata na Atenção Primária. Segundo eles, existe um tempo muito espaçado entre a primeira consulta e o retorno de acompanhamento dos usuários, inviabilizando o rastreamento anual dessa condição. No entanto, no estudo de Paiva et al foi demonstrado que 54,4% da amostra já havia realizado o rastreamento, mas com uma frequência inadequada de testagem nos últimos doze meses, refletindo na realidade várias oportunidades perdidas de prevenção secundária⁵².

Quando questionados, 83,3% dos profissionais consideram a falta de interesse dos pacientes uma barreira para o rastreamento adequado. Tal fato pode ser visto no trabalho de Paiva et al (2011). Neste estudo, foi observado que, apesar de 95% dos entrevistados acreditarem que o CA pode ser curado se detectado precocemente, 44,4% nunca realizou o exame de toque retal e 45% em nenhum momento realizou o PSA. As justificativas exibidas pelos entrevistados para nunca terem realizado o rastreamento foram, respectivamente: “Médico nunca solicitou”, “Tem medo de fazer”, “Prefere não saber que tem câncer”, “Nunca apresentou sintomas” e “Nunca considerou importante”⁴⁹.

Já com relação ao dinheiro despendido para custear os exames para detecção precoce da neoplasia prostática, 66,7% dos pesquisados acredita que a falta de financiamento dos métodos diagnósticos é um grande obstáculo para o rastreamento eficaz, enquanto 25% dos profissionais não consideram isso como uma barreira. Esses dados são mais conflitantes do que os encontrados por Tucunduva et al, que identificou que 70,15% dos médicos acreditam que a falta de verba é um fator de suma importância para a prevenção inadequada do CA de próstata na Atenção Primária³⁸.

As divergências na literatura sobre as indicações do rastreamento do CA de próstata foi considerado um problema para a maioria dos participantes desta pesquisa (75%). No estudo de Colão, ficou evidenciado que os médicos, apesar de conhecerem as recomendações do MS e SBU, geralmente solicitam o rastreamento se embasando em experiências pessoais e no receio de indisposição frente ao pedido do paciente. Este fato, porém, gera custos para a saúde pública. Obedecer evidências científicas geralmente diminui gastos, pois elas costumam ser mais seletivas, além de não conter conflitos de interesse^{35,39}.

Por fim, 83,3% dos entrevistados acreditam que a deficiência do rastreamento adequado possa ser em decorrência da falta de conhecimento e/ou treinamento inadequado dos médicos. Agnol (2018) defende que médicos especialistas e generalistas apresentam opiniões diferentes e, muitas vezes, essa diferença pode ser equivocada como uma “superioridade”. A formação do especialista é dada majoritariamente em ambiente hospitalar, onde se vivencia predominantemente com casos de doenças e é possível a visualização de “diagnósticos inesperados”. Porém quando se trata de atenção básica, onde se promove saúde, em vez de apenas tratar doenças, os valores preditivos positivos são menores para os testes diagnósticos aplicados na população, tendo maiores taxas de falsos positivos ³⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de revisão bibliográfica e coleta de dados da pesquisa foi possível inferir que a falta de consenso entre as recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Urologia quanto ao rastreamento de Câncer de Próstata dificultam a aplicabilidade dessa prática na Atenção Primária. Dessa forma, ainda há divergências quanto às condutas médicas relacionadas ao rastreio dessa condição, mesmo em médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade.

Além da falta de evidências científicas definitivas quanto ao rastreamento, outras dificuldades estruturais são enfrentadas quando se trata do diagnóstico precoce do CA de próstata. A falta de agentes educadores em saúde, de classe não médica, para informar e orientar a população quanto a essa condição foi colocada como uma das principais dificuldades na Atenção Primária em Saúde (APS). Essa, aliada com seguimento em periodicidade inadequada dos pacientes, falta de interesse do paciente no rastreamento e falta de verba para custeio de exames foram apontados como as principais barreiras enfrentadas pelos profissionais médicos na APS.

Dessa forma, entende-se que para que o cuidado em saúde seja centrado na pessoa, é necessário que os profissionais da saúde apliquem a sua prática médica o conceito de Prevenção Quaternária. Com base nesse conceito, o sobrediagnóstico e sobretratamento é evitado, com o objetivo de promover melhor qualidade de vida do paciente. Além disso, a comunicação com o usuário da rede de saúde, de modo a informar os riscos e benefícios do

rastreamento do CA de próstata, permite que seja tomada uma conduta compartilhada. Desta forma, o indivíduo tem a possibilidade de tomar para si a autonomia, preconizada nos cuidados ambulatoriais, podendo decidir, junto ao médico, se deseja ser submetido ao rastreio, tornando-se assim, agente ativo no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. ADAMS, Lisa, et al . New recommendations in prostate cancer screening and treatment. JAAPA. 2014; 27:14–20.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>. Acesso em: 14 abr 2020.
3. DAMIÃO, Ronaldo et al. Câncer de próstata. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 14, 2015.
4. SPICKETT, Ingrid et al. Prostate cancer: the ongoing challenge. Primary Health Care.2010; 20: 16-21. doi: 10.7748/phc2010.03.20.2.16.c7598
5. PERDANA, Noor R. et al. The Risk Factors of Prostate Cancer and Its Prevention: A Literature Review. Acta Medica Indonesiana - The Indonesian Journal of Internal Medicine. Vol 48, Nº 3. Julho, 2016.
6. SÉRIE, A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 29. 2010.
7. SADI, Marcus V. PSA screening for prostate cancer. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 63, n. 8, p. 722-725, 2017.
8. STEFFEN, Ricardo Ewbank et al . Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. Physis, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, e280209, 2018
9. Sociedade Brasileira de Urologia. Diretrizes Guia de Bolso: Uma Referência Rápida para os Urologistas. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2017/08/guideline_AUA_SBU-ilovepdf-compressed.pdf
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer de próstata: documento de consenso.- Rio de Janeiro: INCA, 2002.
11. REEVES, Fairleigh A.; CORCORAN, Niall M. Advances in prostate cancer. Australian journal of general practice, v. 49, n. 4, p. 200, 2020

12. STEFFEN, Ricardo Ewbank et al. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280209, 2018.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata. *Boletim* ano 5, nº 2, maio/, agosto, 2014.
14. DUNN, Mary Weinstein et al. Prostate Cancer Screening. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 33, Nº2, 2017: pp 156-164
15. BENTZEN N, editor. *WONCA dictionary of general/ family practice*. Copenhagen: WONCA
16. GUSSO, Gustavo et al; *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2019
17. JAMOULLE, Marc et al. Prevenção Quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2014 Abr-Jun; 9(31):186-19
18. BRITO, André Luiz Ferreira. Aumento da adesão ao rastreamento do câncer de próstata: projeto de intervenção na área de abrangência da equipe de Saúde da Família Providência, Pará de Minas-MG. 2016.
19. MOUSTAFA, Ala-Eddin. Involvement of human papillomavirus infections in prostate cancer progression. *Med Hypotheses*. 2008;71:209–11
20. TAYLOR, Marcia et al. Prostate cancer and sexually transmitted diseases: a meta-analysis. *Fam Med*. 2013;37:506-12.
21. MIDDLETON, Fillmore et al. Alcohol use and prostate cancer: a metaanalysis. *Mol Nutr Food Res*. 2009;53(2);240-55.
22. ROTA Matteo, et al. Alcohol consumption and prostate cancer risk:a meta-analysis of the dose– risk relation. *Euro J Cancer Prevent*. 2011;10:1-7.
23. ARAB, Lenore et al. Adherence to world cancer research fund American Institute for Cancer Research Lifestyle Recommendations Reduces Prostate Cancer Aggressiveness Among African and Caucasian Americans. *Nutr Cancer*. 2013;65:633-43.
24. SCHULTZ, Christopher et al. Nutrition, dietary supplements and adenocarcinoma of the prostate *Maturitas*. 2011;70:339–42.
25. VIEIRA, Camila Guimarães; ARAÚJO, W. de S.; VARGAS, DRM de. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. *Revista científica do ITPAC*, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2012.
26. GONÇALVES, Eduardo Paz et al. Rastreamento do câncer de próstata e o papel das campanhas de conscientização. **Acta méd.(Porto Alegre)**, p. 515-524, 2018.

27. JÚNIOR, Archimedes Nardoza et al. Urologia Fundamental. São Paulo: Planmark Editora Ltda, 2010.
28. GASPAR, M^a Jesús et al. Utilidad de la fracción libre del antígeno prostático específico en el diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata. Medicina Clínica. Volume 115, Issue 9, 2000; 332-336
29. MOREJÓN, Wilfredo et al. Antígeno prostático específico como predictor del diagnóstico de adenocarcinoma prostático. Rev. Finlay, Cienfuegos , v. 5, n. 4, p. 221-227, dic. 2015 .
30. AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 347-356, 2011.
31. Sociedade Brasileira de Urologia, Diretrizes para o Câncer de Próstata. 2012
32. EASTHAM, James. Prostate Cancer Screening. Investigative and Clinical Urology. 2017; 58 (4):217
33. CARDOSO, Raquel Vaz. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10(35): 1-10.
34. GROSSMAN, David et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018; 319(18):1901-13. doi: 10.1001/jama.2018.3710
35. MODESTO, Antônio Augusto Dall’Agnol et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2017.
36. BLUETHMANN, Shirley M. et al. Prostate cancer in Pennsylvania: The role of older age at diagnosis, aggressiveness, and environmental risk factors on treatment and mortality using data from the Pennsylvania Cancer Registry. Cancer medicine, 2020.
37. NORMAN, Armando Henrique et al. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, 25(9):2012-2020, 2009
38. TUCUNDUVA, Luciana Tomanik Cardozo de Mello et al . Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 50, n. 3, p. 257-262, Sept. 2004 .
39. COLÃO, Cristiane da Fonseca. Saúde do homem - Conhecimento sobre o rastreamento do câncer de próstata por profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Zona Oeste do

- Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, p.62. 2015.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev. Câncer da próstata: consenso - Rio de Janeiro: INCA, 2002. ISBN 85-7318-081-1
 41. TSODIKOV, Alex et al. Reconciling the Effects of Screening on Prostate Cancer Mortality in the ERSPC and PLCO Trials. *Ann Intern Med.* 2017 Sep 5. doi: 10.7326/M16-2586
 42. SCHRODER, Fritz et al. 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(9959):2027-2035. doi:10.1016/S0140-6736(14)60525-0
 43. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Comunicado aos(as) apoiadores(as) da campanha Novembro Azul. Outubro, 2015. <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Novembro%20Azul.pdf>
 44. ILIC, Dragan et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2018 Sep 5;362:k3519. doi: 10.1136/bmj.k3519. PMID: 30185521; PMCID: PMC6283370.
 45. CATALONA, William. Prostate Cancer Screening. *Med Clin North Am.* 2018 Mar;102(2):199-214. doi: 10.1016/j.mcna.2017.11.001. PMID: 29406053; PMCID: PMC5935113.
 46. NOGUEIRA-RODRIGUES, Angélica et al. "Rastreamento de câncer na prática clínica: recomendações para a população de risco habitual." *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica* 17.4 (2019): 201-210.
 47. SILVA, Alex Luiz Menezes da et al. "O papel do agente comunitário de saúde na disseminação de informações acerca dos principais cânceres de interesse na atenção básica." *Research, Society and Development* 10.1 (2021): e24810111556-e24810111556.
 48. GOMES, Cássia Regina Gontijo et al. Fatores de risco para o câncer de próstata e aspectos motivacionais e dificultadores na realização de práticas preventivas. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 33 (3). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/24449>
 49. PAIVA, Elenir et al.. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 19(1):[08 telas]. jan-fev 2011

APÊNDICE A - FORMULÁRIO

QUESTIONÁRIO: Médicos e a prevenção
secundária do Câncer de Próstata

*Obrigatório

1. E-mail *

**Termo de
consentimento
livre e
esclarecido**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: "Análise Descritiva do Rastreamento de Câncer de Próstata no Contexto Assistencial de Atuação das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal" sob responsabilidade do Dr. Conrado Carvalho Horta Barbosa e acadêmicas Rebeca Moreira Leite Neres e Rafaela de Andrade Silva Miranda, graduandas do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília – UNICEUB.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a aplicabilidade do rastreamento do câncer de próstata realizado pelos médicos da Atenção Primária em Saúde que atuam em diversas UBS do Distrito Federal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes da aplicação do questionário e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão de quaisquer informações que possam identificá-lo(a). Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, envie um e-mail para rebeca.neres@gmail.com.

O(a) senhor(a) responderá um questionário semiestruturado e validado pelo estudo de Tucunduva, adaptado para a realidade do Distrito Federal. Nele estão contidas perguntas abertas e fechadas que compreendem dados sociodemográficos, como idade, sexo, tempo de graduação e especialização médica; questões que abordam o conhecimento e a prática dos profissionais sobre o rastreamento do CA de próstata; indagações sobre os principais fatores que os pesquisados julgam como empecilho para o efetivo rastreamento. Após preenchimento, o participante receberá uma cópia do questionário por e-mail.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição de Ensino Superior UNICEUB podendo ser publicados posteriormente em congressos ou revistas científicas. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda das pesquisadoras responsáveis.

Acredita-se que a proposta contida nesse projeto de pesquisa, bem como sua condução, ocasionarão riscos mínimos para os participantes, podendo ter relação principalmente com o constrangimento no momento de preenchimento do instrumento de pesquisa. Dessa forma, o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão contida no questionário que lhe traga desconforto, podendo se retirar da pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNICEUB, número do protocolo _____. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos também pelo telefone: (61) 3966-1511 ou e-mail: cep.uniceub@uniceub.br

2. Você está de acordo com o TCLE e concorda participar desta pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Dados pessoais

3. Idade *

4. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

5. Ano de Graduação *

6. Você tem alguma especialização médica? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Se respondeu sim para a pergunta anterior, qual a sua especialização?

Pular para a pergunta 8

**Prevenção
secundária do Ca
de Próstata**

Sobre seus conhecimentos teóricos e sobre a sua experiência prática, responda as questões a seguir sobre o rastreamento de Câncer de Próstata.

8. Na sua prática médica, você costuma realizar o rastreamento de CA de próstata? *

*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. Caso você indique o rastreamento, quais instrumentos clínicos e laboratoriais são necessários para o rastreamento desse tipo de neoplasia?

10. Caso você não realize o rastreamento do CA de próstata, indique o motivo que embasa a sua decisão clínica.

11. Idade de início do rastreamento: *

12. Idade do fim do rastreamento: *

13. Frequência da aplicação dos exames: *

Pular para a pergunta 14

Obstáculos
à
prevenção
secundária
do câncer

Classifique os fatores listados no quadro abaixo em "grande importância", "pouca importância" e "não considero uma barreira", referindo-se a importância que você atribui a cada um destes fatores que podem dificultar o adequado rastreamento do câncer.

14. Falta de agentes educadores em saúde para a população como um todo (agentes de saúde, enfermeiros e outros), que a oriente a procurar o médico; *

Marcar apenas uma oval.

- Grande importância
 Pouca importância
 Não considero uma barreira

15. Falta de tempo do médico para realizar a prevenção secundária do câncer durante as consultas; *

Marcar apenas uma oval.

- Grande importância
 Pouca importância
 Não considero uma barreira

16. O tempo entre uma consulta e a próxima, do mesmo paciente, é espaçado, dificultando um seguimento adequado; *

Marcar apenas uma oval.

- Grande importância
 Pouca importância
 Não considero uma barreira

17. Falta de interesse do paciente; *

Marcar apenas uma oval.

- Grande importância
- Pouca importância
- Não considero uma barreira

18. Falta de verba para custear os exames de prevenção; *

Marcar apenas uma oval.

- Grande importância
- Pouca importância
- Não considero uma barreira

19. As recomendações para se fazer rastreamento destas doenças não são muito claras; *

Marcar apenas uma oval.

- Grande importância
- Pouca importância
- Não considero uma barreira

20. Os médicos têm pouco conhecimento e/ou treinamento inadequado para fazer este tipo de prevenção. *

Marcar apenas uma oval.

- Grande importância
- Pouca importância
- Não considero uma barreira

ANEXOS A- Termo de Aceite no Comitê de Ética e Pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise Descritiva do Rastreamento do Câncer de Próstata no Contexto Assistencial de Atuação das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal

Pesquisador: CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37357720.1.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.437.948

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa e/ou do Projeto Detalhado.

- TIPO DO ESTUDO: Trata-se de um estudo transversal quantitativo que visa identificar a aplicabilidade do rastreamento do câncer de próstata na Atenção Primária em Saúde, de forma que se possa avaliar a adesão à triagem dessa neoplasia na assistência, além de ponderar os principais benefícios e malefícios desse rastreio, de acordo com a experiência prática dos profissionais médicos, levando em consideração aspectos fundamentais da prevenção quaternária em saúde.

- NÚMERO PARTICIPANTE DAS PESQUISA: 20 médicos assistentes que atuam na Atenção Primária em Saúde do DF.

- FORMA DE RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES: O CEP entende que o recrutamento dos participantes será feita por conveniência, ou seja, pela escolha dos pesquisadores devido à relação de contato existente entre pesquisadores e participantes da pesquisa.

- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Serão incluídos na pesquisa médicos generalistas ou especialistas em

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco B, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4-437.948

Medicina de Família e Comunidade que trabalham na Atenção Primária das unidades de saúde já mencionadas. Além disso, esses profissionais devem ter ciência e estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

- **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** Serão excluídos da pesquisa outros profissionais de saúde não médicos, aqueles que não estiverem de acordo com o TCLE ou com a realização da pesquisa ou que não fizerem correto preenchimento das informações solicitadas nos questionários.

- **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:** questionário.

- **MÉTODO DE COLETA DE DADOS/INFORMAÇÕES:** conforme esclarecido pelo pesquisador em carta de resposta às pendências, o questionário será enviado por meios digitais para os profissionais incluídos na pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses dois documentos serão anexados em um único formulário, de forma que na introdução do mesmo esteja constado o título da pesquisa, objetivos, esclarecimentos e riscos e medidas que visam minimizá-lo.

- **PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS COM OS PARTICIPANTES:** Aplicação de questionário, cujo objetivo será identificar a forma como o rastreamento do CA de próstata está sendo feito na Atenção Básica em Saúde. O questionário será embasado em um instrumento pré-existente, semiestruturado e validado pelo estudo da Tucunduva, adaptado para a realidade do DF. Será composto por perguntas abertas e fechadas, separadas em três partes: 1ª) refere-se aos dados pessoais do médico, como idade, sexo, tempo de graduação e especialização médica; 2ª) composta por questões que abordam o conhecimento e a prática dos profissionais sobre o rastreamento do CA de próstata; 3ª) indaga os entrevistados sobre os principais fatores que estes julgam como empecilho para o efetivo rastreamento.

Os dados dos questionários serão, inicialmente, revisados e codificados manualmente e, em seguida, serão digitalizados, através do programa Windows Excel 2013. Por se tratar de um estudo quantitativo transversal, a medida de frequência utilizada será a prevalência das variáveis da pesquisa, ou seja, da utilização do toque retal e PSA como instrumentos de triagem do CA de próstata e dos principais benefícios e riscos do rastreio desta neoplasia.

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco G, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário **CEP:** 70.790-075

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3366-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4.437.948

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a aplicabilidade do rastreamento do câncer de próstata realizado pelos médicos da Atenção Primária em Saúde que atuam em UBS do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

Analisar os riscos e benefícios do rastreio de acordo com a experiência prática dos médicos da assistência. Estabelecer a conduta recomendada e adequada do rastreio na prática médica na atenção básica de saúde do Brasil.

Avaliar o grau de adesão das ações de rastreamento do CA de próstata pelos médicos da APS do DF.

Pesquisar o emprego da prevenção quaternária nas UBS de diferentes pontos do DF com relação ao rastreio do CA de próstata.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Os riscos envolvidos na realização dessa pesquisa são mínimos, envolvendo principalmente o constrangimento dos participantes durante a aplicação dos questionários.

BENEFÍCIOS: A pesquisa pode trazer benefícios no sentido de ilustrar, de forma prática, a experiência dos profissionais médicos quanto ao rastreamento do câncer de próstata, englobando seus riscos, benefícios e desfechos terapêuticos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Devido à natureza do estudo, considera-se a pesquisa com risco mínimo.
- Orçamento: os gastos serão custeados pelo pesquisador.
- Cronograma: O período de aplicação do instrumento de estudo será de outubro de 2020 até fevereiro de 2021, totalizando 5 meses para que a coleta de dados seja concluída.
- É recomendável que o(a) pesquisador(a) reveja os critérios de inclusão e de exclusão, considerando que estes critérios indicam as principais características ou requisitos que devem ser preenchidos para participar do estudo. Os critérios de exclusão indicam o subgrupo de indivíduos que, embora preencha os critérios de inclusão, também apresenta características ou manifestações que, por motivos éticos ou clínicos, podem interferir na segurança do participante, na qualidade dos dados, assim como na interpretação dos resultados.

Endereço: SEPNI 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3366-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4.437.948

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta a Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será enviado por meio eletrônico juntamente com o questionário.

Recomendações:

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos XI.1 e XI.2 da Resolução nº 466/12 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Observação: O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação de evento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu às pendências indicadas pelo CEP em parecer anterior. O projeto atende os requisitos éticos e a pesquisa está em condições de ser iniciada.

Considerações do CEP acerca das pendências apontadas no parecer anterior:

1. Informar a forma de recrutamento dos participante das pesquisa.

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco G, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário CEP: 70.790-075

UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4.437.948

PENDÊNCIA ATENDIDA, o CEP entende que o recrutamento dos participantes será feita por conveniência, ou seja, pela escolha dos pesquisadores devido à relação de contato existente entre pesquisadores e participantes da pesquisa.

2. Os pesquisadores informam que a aplicação do questionário será feita pelos próprios pesquisadores em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Quanto à aplicação de questionário e a realização de entrevistas, sugere-se a leitura do capítulo 15 do livro "Delineando a pesquisa clínica", em que Steven R. Cummings, Michael A. Kohn e Stephen B. Hulley, tratam da aplicação de questionários e entrevistas na pesquisa clínica. Diferenciam os dois instrumentos de coleta de dados, esclarecendo que QUESTIONÁRIOS são instrumentos preenchidos pelos próprios respondentes e ENTREVISTAS são aplicadas verbalmente por um entrevistador. Sobre os métodos de aplicação de questionários, colocam também: "Os questionários podem ser aplicados nos sujeitos pessoalmente, pelo correio, por e-mail ou por uma página na internet. A distribuição dos questionários pessoalmente permite que o pesquisador explique as instruções antes que os sujeitos comecem a responder às questões." [Delineando a pesquisa clínica [recurso eletrônico] / Stephen B. Hulley... [et al.]; tradução e revisão técnica: Michael Schmidt Duncan; tradução: André Garcia Islabão. – 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2015. e-PUB.]

Esclarecemos que, caso os pesquisadores optem por entregar o questionário presencialmente, enquanto os profissionais estiverem em serviço nas unidades básicas de saúde, os pesquisadores deverão devem apresentar o TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL das unidades básicas de saúde em que serão realizadas a pesquisa.

O pesquisador deve estar atento às medidas preventivas e restrições que podem ser impostas à realização das pesquisa em função da pandemia de COVID-19. Caso o pesquisador opte pela aplicação do questionário de forma on-line, deve informar ao CEP.

PENDÊNCIA ATENDIDA. Os pesquisadores informam que a aplicação do questionário será realizada por meios digitais para os profissionais incluídos na pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como a pesquisa não será realizada nas unidades básicas de saúde da SES-DF, o CEP entende que não há necessidade de apresentação de um Termo de Aceite Institucional.

3. Anexar o questionário à Plataforma Brasil.

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco G, sala 6.205, 2º andar
Bairro: Setor Universitário CEP: 70.790-075
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3966-1511 E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4-437.048

PENDÊNCIA ATENDIDA. O CEP considera que, pelo fato do questionário que será utilizado na pesquisa se basear em um instrumento pré-existente e validado pelo estudo da Tucunduva, cujo teor foi descrito pelo pesquisador, o CEP poderá prescindir da inclusão do modelo do questionário neste momento, mas o pesquisador deverá incluí-lo na Plataforma Brasil por meio de notificação, o mais breve possível.

4. Fazer adequações ao texto do TCLE. A informação que consta no TCLE: "Acredita-se que a proposta contida nesse projeto de pesquisa bem como sua condução não ocasionará riscos e nem benefícios diretos para os participantes. A qualquer momento, se for detectado ou percebido algum risco ou dano psicológico ou à saúde dos participantes, a sua participação será anulada e a pesquisa imediatamente interrompida", parece não estar adequada ao risco mencionado pelo pesquisador nas informações básicas do projeto: "os riscos são mínimos, envolvendo principalmente o constrangimento dos participantes durante a aplicação dos questionários." Sugere-se que o texto do TCLE seja substituído e que seja informado ao participante da pesquisa (no TCLE) que, caso os procedimentos gerem algum tipo de constrangimento, ele não precisa realizá-los e que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Caso o pesquisador opte por enviar o questionário em meio digital, poderá suprimir do TCLE a informação "Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o voluntário da pesquisa." E acrescentar que o participante receberá uma cópia do questionário por e-mail. Ainda, caso opte por enviar o questionário em meio digital, o pesquisador deve incluir informações contidas no TCLE. Nesse tipo de pesquisa não se recomenda a obtenção de assinatura do participante no TCLE. As informações e esclarecimentos da pesquisa devem constar na introdução do questionário e conter o título da pesquisa, os objetivos, procedimentos, riscos e medidas protetivas (por exemplo, proteção ao anonimato), pesquisadores e seus contatos e os dados do CEP. Deve-se acrescentar, na primeira questão, a possibilidade do/a participante assinalar se deseja participar ou não da pesquisa.

PENDÊNCIA ATENDIDA. O pesquisador optou por enviar o questionário por meios digitais juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desta forma, considera-se que o participante poderá eximir-se de participar da pesquisa, bastando, para isso, não realizar o envio das respostas. O pesquisador deverá colocar as seguintes informações no TCLE: título da

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco G, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4.437.948

pesquisa, os objetivos, procedimentos, riscos e medidas protetivas (por exemplo, proteção ao anonimato), pesquisadores e seus contatos e os dados do CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo aprovado ad referendum pelo CEP-UnICEUB, com parecer n. 4.432.248/20, tendo sido homologado pela coordenação em 1º de dezembro de 2020.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1621299.pdf	09/11/2020 12:44:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.docx	09/11/2020 12:38:41	CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/11/2020 12:30:41	CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoPDF.pdf	02/09/2020 21:54:24	RAFAELA DE ANDRADE SILVA MIRANDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Marília de Queiroz Dias Jacome
(Coordenador(a))

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco G, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Sator Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61) 3366-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

