



ATA

Às 7:30 horas do dia 23 de DEZEMBRO de 2025, de
forma presencial no endereço:

RUA PARA

reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica (TCRM) intitulado como "VIGILÂNCIA ATIVA NA CÂNCER DO PRÓSTATA LOCALIZADO COMPARADO À PROSTATECTOMIA E A LONGEVIDADE DO PACIENTE COM ABUSO SISTÊMICO DE MEDICAMENTOS" de autoria do(a) residente: OS ELABORADORES CLÍNICOS RACIONALIZADOS.
ADOL ZORGE EL RASSI

A Banca examinadora foi composta por:

1) DALIBO GARCIA DE FREITAS

2) SEBASTIÃO ANTONIO BORBA

3) _____

Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para exposição de seu trabalho por 25 (vinte e cinco) minutos, mais ou menos 5 (cinco) minutos. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente por, no máximo, 15 minutos cada. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final de **xx,xx pontos**, considerando o(a) residente **Aprovado(a)/Reprovado(a)**.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista, conforme determina a RESOLUÇÃO CONFAMED Nº 45, DE 16 DE ABRIL DE 2024.

O Certificado de Conclusão de Residência Médica será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a legislação vigente da CNRM e normas da COREME-UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Assinaturas:

1.

[Signature]

Dr. Danielo Garcia de Freitas
CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575

2.

[Signature]

3.

DOCUMENTOS PARA ELABORAÇÃO DO TCRM

Termo de aceite do professor orientador de TCRM

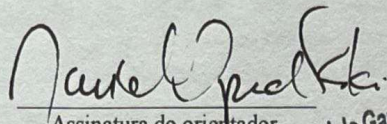
Eu (nome completo do orientador), declaro para os devidos fins, que concordo e aceito orientar o Trabalho de conclusão de Residência Médica do Programa de Residência em: (nome do Programa de Residência) do (a) residente (nome completo do(a) residente).

O título provisório do deste trabalho é:

VIGILÂNCIA ATIVA NO CÂNCER DO PRÍSTATA LOCALIZADO
COMPROMISSO À PROTEÇÃO E A LONGEVIDADE DO
PACIENTE EM UM REVISTO SISTEMA E META-ANÁLISE DE CASOS CLÍNICOS

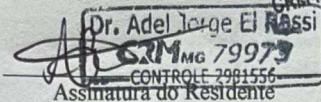
E-mail de contato do orientador:

DANIELLO 6FREITAS@HOTMAIL.COM



Assinatura do orientador

Dr. Danielo Garcia de Freitas
CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575


Dr. Adel Jorge El Rassi
CRM-MG 79973
CONTROLE 2981556
Assinatura do Residente

Termo de aceite do professor coorientador de TCR

Eu (nome completo do coorientador), declaro para os devidos fins, que concordo e aceito orientar o Trabalho de conclusão de Residência Médica do Programa de Residência em: (nome do Programa de Residência) do (a) residente (nome completo do(a) residente).

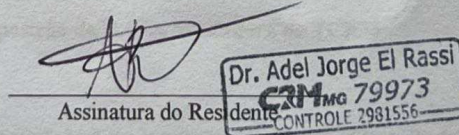
O título provisório do deste trabalho é:

E-mail de contato do coorientador:

DANIELO GARCIA DE FREITAS@hotmail.com

Uberlândia, 23 de 12 de 2025


Assinatura do coorientador
Dr. Danielo Garcia de Freitas
CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575


Assinatura do Residente
Dr. Adel Jorge El Rassi
CRM-MG 79973
CONTROLE 2981556

Ficha de Registro de Orientação de TCRM*

Nome do Residente:

Programa de Residência Médica:

EM UROLOGIA

Título do Trabalho:

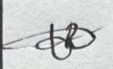
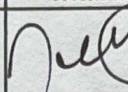
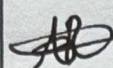
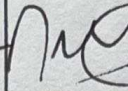
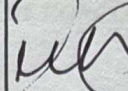
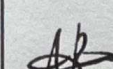
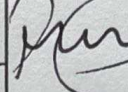
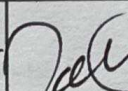
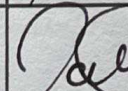
VIGILÂNCIA ATIVA DO CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO COMPARANDO
A PROSTATECTOMIA RADICAL E A LOMBOECTOMIA DAS PACIENTES COMO RESPOSTA SINTOMÁTICA E
MONITORAMENTO DAS EMBALAS CLÍNICAS RAMANUJAN.

Nome do Orientador(a):

DANIEL GARCIA DE FREITAS

Ano/Semestre:

2º SEMESTRE / 2025

Data	Atividade de orientação realizada	Assinatura do(a) Residente	Assinatura do(a) orientador(a)
26/08/25	ESTUDO DE CASO, CORREÇÃO E AVALIAÇÃO		 Dr. Danielo Garcia de Freitas CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575
23/09/25	ESTUDO DE CASO, CORREÇÃO E AVALIAÇÃO CONTEÚDO		 Dr. Danielo Garcia de Freitas CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575
21/10/25	ESTUDO DE CASO, CORREÇÃO + AVALIAÇÃO		 Dr. Danielo Garcia de Freitas CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575
19/11/25	ESTUDO DE CASO, CORREÇÃO + AVALIAÇÃO GRÁFICA		 Dr. Danielo Garcia de Freitas CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575
04/12/25	CORREÇÃO DE REDIGIDO + AVALIAÇÃO AULA.		 Dr. Danielo Garcia de Freitas CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575
03/12/25	APRESENTAÇÃO FORMAL TCC.		 Dr. Danielo Garcia de Freitas CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575

*A Ficha deverá ser enviada digitalmente à COREME (coreme@famed.ufu.br).

Composição da Banca Avaliadora de TCRM

Eu (nome completo do orientador), na condição de orientador(a) do Trabalho de Conclusão da Residência Médica, informo os dados dos membros que comporão a banca avaliadora do trabalho intitulado (Inserir título do trabalho) desenvolvido pelo(a) residente (nome completo do(s) residente(s)).

Membro Titular 1 - Orientador

Nome completo: DANIEL GARCIA DE FREITAS

Instituição de origem: FAMED-UFU

E-mail de contato: DANIELGARCIA@HOTMAIL.COM

Telefone celular: 34-99971-8313

Membro Titular 2 - Coorientador

Nome completo: SEBASTIÃO ANTÔNIO BORSO

Instituição de origem: FAMED-UFU

E-mail de contato: SA.BORSO@HOTMAIL.COM

Telefone celular: 34-99971-1942

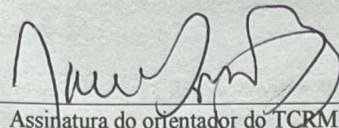
Suplente:

Nome completo:

Instituição de origem:

E-mail de contato:

Telefone celular:


Assinatura do orientador do TCRM

Dr. Danielo Garcia de Freitas
CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO EM RESIDÊNCIA MÉDICA

Orientador:

Residente:

Supervisor:

Programa de Residência Médica:

Período da residência (início e previsão de término):

I. Desempenho do(a) residente quanto ao TCRM apresentado:

O cálculo da avaliação do aproveitamento dos(as) residentes nas atividades supracitadas será realizado mediante a média ponderal das notas atribuídas. Para efeito de aprovação os residentes deverão obter média final mínima 7,0 (sete).

Cálculo:

$$\text{Média} = [(NTCR \times 1) + (NA \times 1) + (ND \times 1)] / 3$$

NTCR - Nota do trabalho de conclusão de residência (TCR)

NA - Nota da apresentação da monografia e da arguição/entrevista)

ND - Nota de desempenho durante as atividades de Residência, emitida pelo Orientador.

NOTA FINAL:

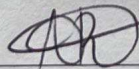
II. O desempenho do(a) residente permite a sua aprovação no Programa de Residência Médica?

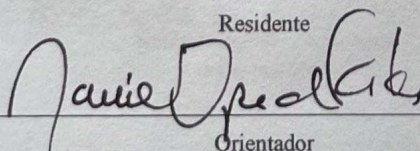
Sim (X) Não ()

Em caso negativo, justificar.

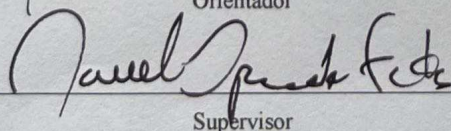
Uberlândia, 23 de Dezembro de 2015

Dr. Adel Jorge El Rassi
CRM-MG 79973
CONTROLE 2981556


Residente


Orientador

Dr. Danielo Garcia de Freitas
CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575

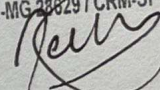

Supervisor

Dr. Danielo Garcia de Freitas
CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575

Modelo de Ata de defesa do Trabalho de Conclusão da Residência

Aos 23 dias do mês de Dezembro do ano de 2015, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado pelo(a)

Dr. Danielo Garcia de Freitas
CRM-MG 28629 / CRM-SP 92575



NOTAS:

NTCR 10,0

NA 10,0

ND 10,0

Média: 10,0

Residente ADOL SOARES EL RASSI

, além do(a) orientador(a) DANIEL GARCIA DE FREITAS,
presidente desta banca, constituíram a banca examinadora os seguintes membros
SEBASTIÃO ALENO BURBA e

Após a finalização da apresentação do TCRM pelo(a) residente(s), a banca examinadora iniciou a sua arguição. Os examinadores reuniram-se e deram o parecer final do trabalho escrito e a apresentação oral e atribuíram as seguintes notas:

Avaliador 1:

Nota final: _____

Avaliador 2:

Nota final: _____

Obtendo como média de nota atribuída pelos dois avaliadores a nota final _____.
Divulgado o resultado pelo presidente da banca examinadora, os trabalhos foram encerrados e eu
_____ lavro a presente ata que assino juntamente
com os demais membros da banca examinadora.

Uberlândia, 23 de 12 de 2015.

Orientador

* A ata deverá ser preenchida, assinada de forma digital e encaminhada para a COREME por e-mail.

* As assinaturas deverão ser realizadas utilizando assinatura eletrônica (GovBr, por exemplo).

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE TROCA DE ORIENTADOR

Eu (nome do(a) orientador(a)), declaro para os devidos fins, estar de acordo com a orientação do Trabalho de conclusão de Residência Médica do Programa (nome do programa - ênfase) do(a) residente (nome do(a) residente).

O título provisório do trabalho é (nome do trabalho), inicialmente orientado por (nome do orientador anterior) que se manifesta de acordo e ciente da troca.

Uberlândia, 23 de Dezembro de 2015

DANIEL GARCIA DE FREITAS
Nome completo e assinatura
do(a) atual orientador(a)

Dr. Daniel Garcia de Freitas
CRM-MG 28628 / CRM-SP 92575

Nome completo e assinatura
do(a) orientador(a) anterior

ADOL SOARES EL RASSI
Nome completo e assinatura
do(a) residente

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

UROLOGIA

ADEL JORGE EL RASSI

**VIGILÂNCIA ATIVA NO CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO COMPARADA À
PROSTATECTOMIA E À LONGEVIDADE DO PACIENTE:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE ENSAIOS CLÍNICOS
RANDOMIZADOS**

UBERLÂNDIA - MG

2025

ADEL JORGE EL RASSI

**VIGILÂNCIA ATIVA NO CÂNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO COMPARADA À
PROSTATECTOMIA E À LONGEVIDADE DO PACIENTE:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE ENSAIOS CLÍNICOS
RANDOMIZADOS**

Trabalho de Conclusão da Residência Médica apresentado ao curso de Urologia da
Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de
Urologista.

Orientador: Danielo Garcia de Freitas

UBERLÂNDIA - MG

2025

Vigilância Ativa no Câncer de Próstata Clinicamente Localizado Comparada à Prostatectomia na Longevidade dos Pacientes: Uma Revisão Sistemática e Meta-Análise de Ensaio Clínicos Randomizados.

Trabalho de Conclusão da Residência Médica - Dezembro/2025

Autor: Adel Jorge El Rassi

Orientador: Danielo Garcia de Freitas

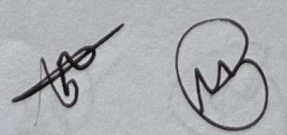
Disciplina: Urologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Declaração de Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesses a serem divulgados.

Declaração Ética: Este estudo é uma revisão sistemática e meta-análise de dados publicados. Não envolveu pesquisa direta com participantes humanos, tecido humano ou animais. Portanto, a aprovação do comitê de ética e o consentimento informado não foram necessários.

Declaração de Financiamento: Esta pesquisa não recebeu financiamento específico de nenhuma agência de fomento dos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.



Resumo

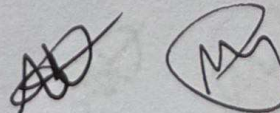
Introdução: O câncer de próstata é a segunda neoplasia mais prevalente entre os homens, com diversas opções terapêuticas quando diagnosticado em estágio localizado. Nesse contexto, a definição da melhor estratégia de manejo permanece um tema de debate, particularmente entre a vigilância ativa e a prostatectomia radical.

Objetivo: Comparar a eficácia da vigilância ativa versus prostatectomia radical na redução da mortalidade específica por câncer em pacientes com câncer de próstata localizado por meio da análise de ensaios clínicos randomizados.

Métodos: Foi realizada uma busca sistemática nas bases de dados PubMed, Cochrane e Embase. O desfecho primário foi a mortalidade específica por câncer. A análise estatística foi realizada utilizando o R Studio (versão 4.3.1).

Resultados: Quatro ensaios clínicos randomizados foram incluídos, totalizando 3.239 pacientes com câncer de próstata localizado, dos quais 1.628 (50,2%) foram alocados para vigilância ativa. Não foi observada diferença estatisticamente significativa na mortalidade específica por câncer entre os grupos (IC 95% [0,69; 2,01], $p > 0,05$).

Conclusão: A análise dos dados não mostrou diferença significativa na mortalidade específica por câncer entre pacientes submetidos à vigilância ativa em comparação com aqueles tratados com prostatectomia radical, sugerindo que ambas as estratégias podem ser consideradas opções terapêuticas viáveis no tratamento do câncer de próstata localizado.



Introdução

O câncer de próstata é atualmente a segunda neoplasia mais prevalente entre os homens em todo o mundo, perdendo apenas para os cânceres de pele não melanoma¹. Trata-se de uma neoplasia maligna com comportamento clínico altamente heterogêneo, variando de formas indolentes com crescimento extremamente lento e baixo risco de progressão a tumores agressivos com alto potencial de invasão local e disseminação metastática². O advento do rastreamento populacional com antígeno prostático específico (PSA), o uso sistemático do exame retal digital, juntamente com novos métodos diagnósticos e biópsias mais precisas, aumentaram substancialmente a detecção precoce da doença, particularmente em estágios localizados, expandindo significativamente as opções terapêuticas disponíveis³.

Nesse cenário, o manejo do câncer de próstata localizado permanece um dos maiores desafios na prática urológica contemporânea, com importantes implicações clínicas, econômicas e psicossociais. Entre as principais estratégias terapêuticas está a prostatectomia radical, uma abordagem curativa que pode estar associada a morbidades significativas, como disfunção erétil e incontinência urinária⁴. Em contrapartida, a vigilância ativa é uma abordagem conservadora baseada em monitoramento rigoroso, com intervenção terapêutica

reservada para casos que apresentem sinais claros de progressão tumoral⁵. Ambas as modalidades visam equilibrar o controle oncológico com a preservação da qualidade de vida.

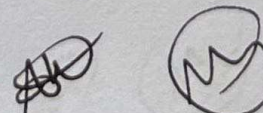
Apesar do crescente corpo de evidências clínicas, a escolha entre vigilância ativa e prostatectomia radical permanece controversa na literatura, particularmente em relação à sua eficácia na redução da mortalidade específica por câncer a longo prazo^{6,7}. Grandes ensaios clínicos randomizados multicêntricos têm buscado abordar essa questão, mas os resultados até o momento não demonstraram superioridade inequívoca de nenhuma das estratégias, reforçando a necessidade de análises comparativas mais robustas^{8,9}.

Diante disso, a presente metanálise de ensaios clínicos randomizados é relevante para investigar se existe uma diferença estatisticamente significativa na mortalidade específica por câncer entre pacientes submetidos à vigilância ativa versus aqueles tratados com prostatectomia radical, contribuindo assim para uma tomada de decisão mais baseada em evidências e individualizada no manejo do câncer de próstata localizado e suas implicações.

Nosso objetivo foi realizar uma metanálise de ensaios clínicos randomizados comparando vigilância ativa e prostatectomia radical no câncer de próstata localizado, avaliando a mortalidade específica por câncer como desfecho primário.

Métodos

Esta revisão sistemática e meta-análise seguiu as diretrizes PRISMA e aderiu aos critérios do Grupo de Revisão Cochrane sobre Dor Lombar. O estudo foi registrado no Registro Internacional Prospectivo de Revisões Sistemáticas (PROSPERO) sob o protocolo CRD420251032309. As bases de dados pesquisadas foram PubMed, Cochrane e Embase. Os estudos foram identificados utilizando a seguinte estratégia de busca: “(Câncer de Próstata



OU Neoplasias Prostáticas OU Neoplasia da Próstata OU Carcinoma da Próstata OU Carcinoma da Próstata) E (Vigilância Ativa OU Observação Atenta OU Manejo Expectante) E (Prostatectomia Radical OU Prostatectomia OU Tratamento Cirúrgico OU Terapia Cirúrgica).”

Os critérios de inclusão compreenderam pacientes com câncer de próstata localizado tratados com vigilância ativa ou prostatectomia radical. Estudos com dados incompletos ou resultados não diretamente relacionados à análise primária foram excluídos. Os títulos e resumos foram revisados independentemente e os textos completos foram avaliados quando os resumos não continham informações suficientes. Sete autores selecionaram os estudos independentemente e as discrepâncias foram resolvidas por consenso. A extração de dados foi realizada por sete autores por meio de revisão de texto completo, capturando características basais e desfechos pré-especificados.

O processo de seleção dos estudos está detalhado na Figura 1 (diagrama de fluxo PRISMA), que ilustra a identificação, triagem, avaliação de elegibilidade e inclusão final de ensaios clínicos randomizados na meta-análise.

Análise Estatística e Avaliação da Qualidade

Com base em critérios de elegibilidade predefinidos, extração de dados e avaliação da qualidade, dois autores selecionaram independentemente as principais características dos estudos incluídos, apresentadas na Tabela 1. As divergências foram resolvidas por um terceiro revisor. Os riscos relativos foram utilizados para agrupar os desfechos contínuos e a heterogeneidade foi avaliada utilizando a estatística I^2 . Heterogeneidade significativa foi definida como $p > 0,05$ e $I^2\%$, com um valor de corte de 50%. Um modelo de efeitos

aleatórios (método de DerSimonian e Laird) foi aplicado para desfechos heterogêneos, considerando a variabilidade potencial entre os estudos devido a diferenças nas populações, metodologias ou outros fatores. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o R Studio (versão 4.3.1).

A ferramenta Cochrane de Risco de Viés (RoB 2.0) para ensaios randomizados foi utilizada para avaliar a qualidade dos estudos. Três autores avaliaram o RoB independentemente e as divergências foram resolvidas por consenso. Cada ensaio clínico recebeu uma classificação de risco de viés (alto, moderado ou baixo) em cinco domínios: seleção, desempenho, detecção, atrito e relato. Gráficos de funil (peso do estudo versus estimativas pontuais) foram usados para avaliar o viés de publicação.

Resultados e Discussão

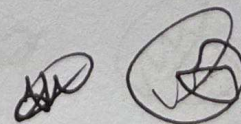
Esta meta-análise de ensaios clínicos randomizados demonstra que não há diferença estatisticamente significativa na mortalidade específica por câncer entre a vigilância ativa e a prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata localizado (Figura 2). Esses achados são consistentes com estudos de grande escala, como o ProtecT^{10,11} e o SPCG-412, que apoiam a vigilância ativa como uma opção segura e eficaz no manejo de tumores de próstata localizados.

As curvas de sobrevida global indicaram superioridade estatística para a prostatectomia radical, com intervalos de confiança acima de 1. No entanto, as taxas de

sobrevida específica por câncer foram semelhantes, com intervalos de confiança cruzando o valor nulo ($HR = 1$), indicando que não há superioridade de uma intervenção sobre a outra. Além disso, as estimativas de efeito nesta meta-análise excederam os limiares mínimos clinicamente relevantes definidos na literatura, sugerindo que, tanto estatística quanto clinicamente, essas abordagens podem ser consideradas equivalentes em relação ao controle oncológico a longo prazo.

As características basais dos estudos incluídos estão resumidas na Tabela 1, que destaca as diferenças no desenho, tamanho da amostra e duração do acompanhamento. Essa variabilidade provavelmente contribuiu para a heterogeneidade significativa observada nas análises agrupadas ($I^2 = 82\%$). A análise de sensibilidade usando o método leave-one-out (L1O) demonstrou resultados robustos mesmo após a exclusão sequencial de estudos individuais (Figura 2). A ausência de viés de publicação foi evidenciada por gráficos de funil simétricos (Figura 2). Esses achados reforçam a confiabilidade da estimativa do efeito agrupado.

Apesar da equivalência nos desfechos oncológicos primários, a escolha entre vigilância ativa e prostatectomia radical deve ser individualizada, considerando os impactos funcionais, psicossociais e de qualidade de vida. A prostatectomia radical, embora potencialmente curativa, está associada a efeitos adversos significativos, como disfunção erétil e incontinência urinária^{10,12}. A vigilância ativa preserva a função urogenital e a qualidade de vida por meio de monitoramento clínico, radiológico e laboratorial rigoroso, com intervenção apenas mediante evidência objetiva de progressão da doença. Por outro lado, a tomada de decisão deve ser compartilhada com o paciente, dado o impacto psicológico e emocional de um diagnóstico de câncer¹¹.



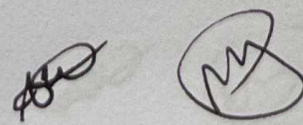
É importante notar que a principal limitação desta meta-análise é a heterogeneidade significativa entre os estudos incluídos ($I^2 = 82\%$), que pode ser atribuída a diferenças nos critérios de inclusão, protocolos de acompanhamento, duração do acompanhamento e definições operacionais de progressão tumoral. Embora o modelo de efeitos aleatórios tenha sido apropriado para lidar com essa variabilidade, os resultados devem ser interpretados com cautela. Além disso, a maioria dos estudos apresentou risco moderado de viés em pelo menos um domínio metodológico, particularmente em relação ao mascaramento dos desfechos e à notificação seletiva.

Não obstante, as conclusões desta meta-análise reforçam o crescente corpo de evidências que apoiam a vigilância ativa como uma alternativa viável e segura ao tratamento cirúrgico imediato para pacientes com câncer de próstata localizado, particularmente naqueles com tumores de baixo risco e expectativa de vida limitada. Essa abordagem favorece o equilíbrio entre o controle oncológico e a preservação funcional, ao mesmo tempo que reduz a carga terapêutica e os custos com saúde.

Estudos futuros com maior uniformidade metodológica, acompanhamento prolongado e incorporação de desfechos de qualidade de vida e progressão clínica/metastática são essenciais para refinar as indicações e otimizar a estratificação de risco do paciente para a vigilância ativa. Além disso, a integração de ferramentas moleculares e técnicas avançadas de imagem pode ajudar a orientar a intervenção mais adequada para cada paciente.

Conclusão

Na comparação entre vigilância ativa e prostatectomia radical para câncer de próstata localizado, não foi observada diferença estatisticamente significativa na mortalidade



específica por câncer. A estimativa agrupada foi robusta nas análises de sensibilidade; no entanto, a heterogeneidade entre os estudos foi alta e o risco de viés não é desprezível.

As decisões terapêuticas devem sempre ser tomadas em comum acordo com o paciente. Esses achados apoiam a vigilância ativa como uma alternativa válida em cenários de risco adequadamente selecionados, desde que seja acompanhada por monitoramento rigoroso e critérios claros para intervenção terapêutica.

Referências:

- 1- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
- 2- Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA, eds. *Campbell-Walsh Urology*. 11th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
- 3- Mucarbel IMG, Ramos TJL, Duque MAA. The importance of psa examination – specific prostatic antigen – for the prevention of prostate cancer. *BJD*. 2020;6(12):94184-94195. doi:10.34117/bjdv6n12-038
- 4- Izidoro LC de R, Soares GB, Vieira T de C, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. *Acta paul enferm*. 2019;32(2):169-177. doi:10.1590/1982-0194201900024
- 5- Azevedo FS. Eficácia da vigilância ativa comparada com a prostatectomia radical em pacientes idosos com câncer de próstata localizado e de baixo risco: Revisão Sistemática. Accessed September 22, 2025. <https://dspace.inc.saude.gov.br/handle/123456789/243>
- 6- Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, et al. Active monitoring, radical prostatectomy and radical radiotherapy in PSA-detected clinically localised prostate cancer: the ProtecT three-

arm RCT. *Health Technol Assess*. 2020;24(37):1-176. doi:10.3310/hta24370

7- Ohlmann C-H, Stöckle M, Albers P, et al. [PREFERE - Study on the rise]. *Urologe A*. 2016;55(3):313-317. doi:10.1007/s00120-016-0047-z

8- Wilt TJ, Jones KM, Barry MJ, et al. Follow-up of Prostatectomy versus Observation for Early Prostate Cancer. *N Engl J Med*. 2017;377(2):132-142. doi:10.1056/NEJMoa1615869

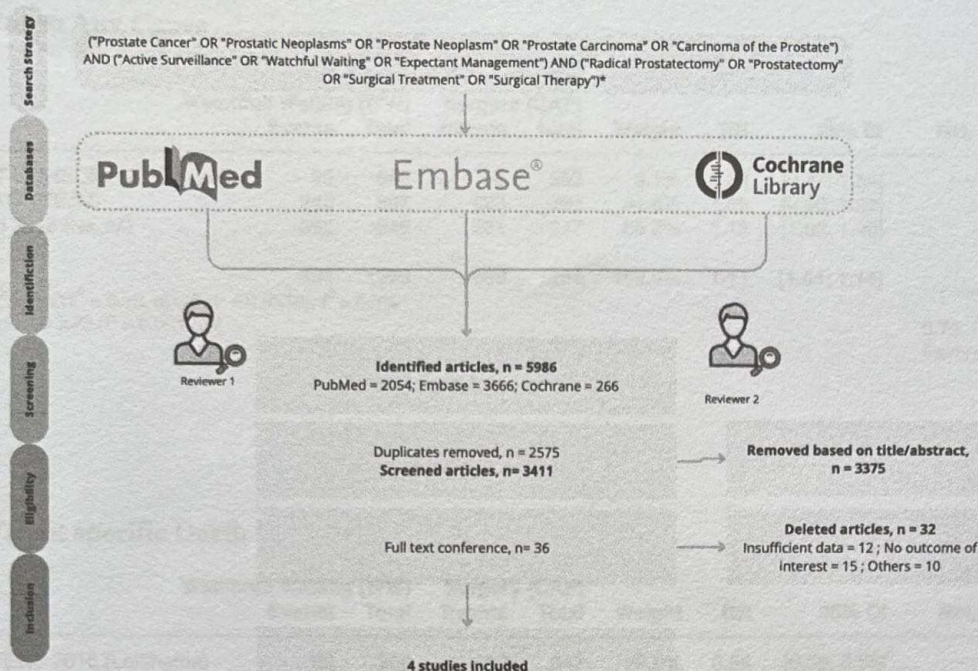
9- Bill-Axelsson A, Holmberg L, Garmo H, et al. Radical Prostatectomy or Watchful Waiting in Prostate Cancer - 29-Year Follow-up. *N Engl J Med*. 2018;379(24):2319-2329. doi:10.1056/NEJMoa1807801

10- Lane JA, Donovan JL, Davis M, et al. Active monitoring, radical prostatectomy, or radiotherapy for localised prostate cancer: design and baseline results of the ProtecT trial. *Lancet Oncol*. 2014;15(10):1109-1118.

11- Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, et al. 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. *N Engl J Med*. 2016;375(15):1415-1424. doi:10.1056/NEJMoa1606220

12- Johansson E, Steineck G, Holmberg L, Johansson J-E, Nyberg T, Bill-Axelsson A. Quality of Life after Radical Prostatectomy or Watchful Waiting With or Without Androgen Deprivation Therapy: The SPCG-4 Randomized Trial. *Eur Urol Oncol*. 2018;1(2):134-142. doi:10.1016/j.euo.2018.03.003

Figura 1



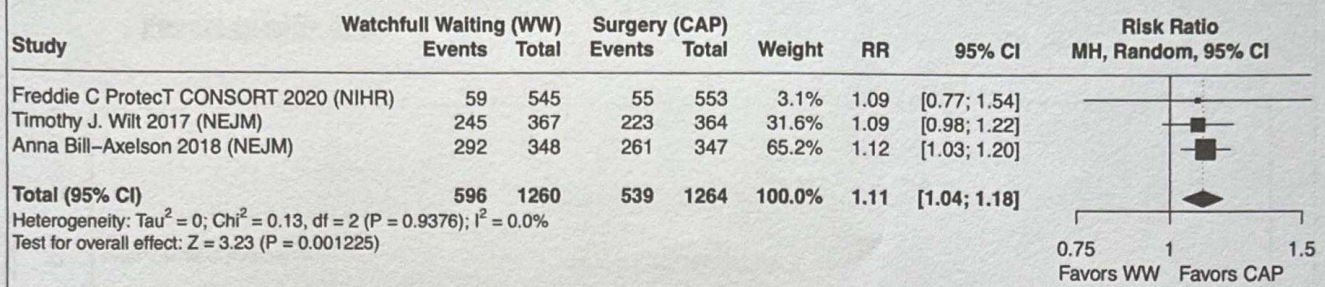
*Representative strategy, the full version comprises a broad list of items, with search for documents without starting restrictions, until April of 2025.

Tabela 1

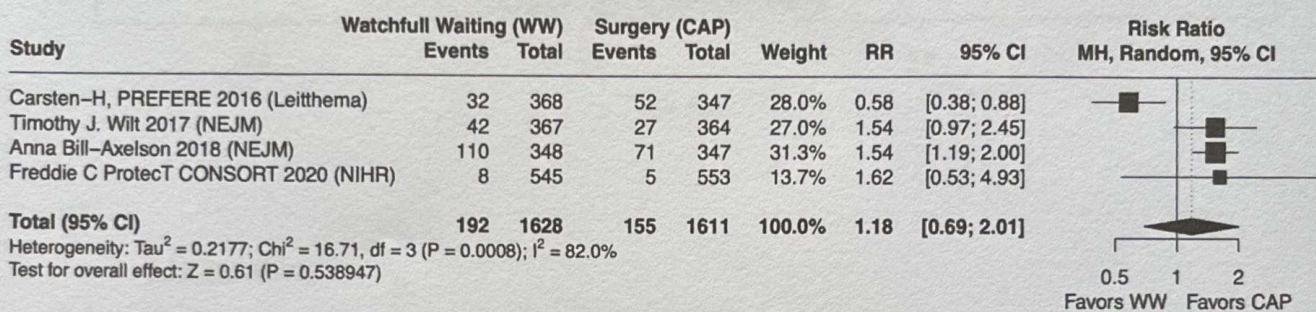
Table 1. Baseline characteristics of included studies

Study	Country	Group	Patients (N)	Mean Age	Median PSA value	Life Expectancy	Tumor's stage	Metastatic disease	Follow-up	Median Follow-up
Timothy J. Wilt 2017 (NEJM)	United Kingdom	Surgery	364	67	7.8	> 10 years	T1 or T2	No	19.5 years	12.7 years
		Watchful-waiting	367							
		Total	731							
Freddie C ProtecT CONSORT 2020 (NIHR)	United Kingdom	Surgery	553	62	4.6	>10 years	-	No	16 years	10 years
		Watchful-waiting	545							
		Total	1098							
Carsten-H. PREFERE 2016 (Leitthema)	Deutschland	Surgery	347	-	10	> 10 years	≤ T2a	No	18 years	-
		Watchful-waiting	368							
		Total	715							
Anna Bill-Axelsson 2018 (NEJM)	Sweden, Finland and Iceland	Surgery	347	64	13	> 10 years	-	No	29.3 years	23.6 years
		Watchful-waiting	348							
		Total	695							

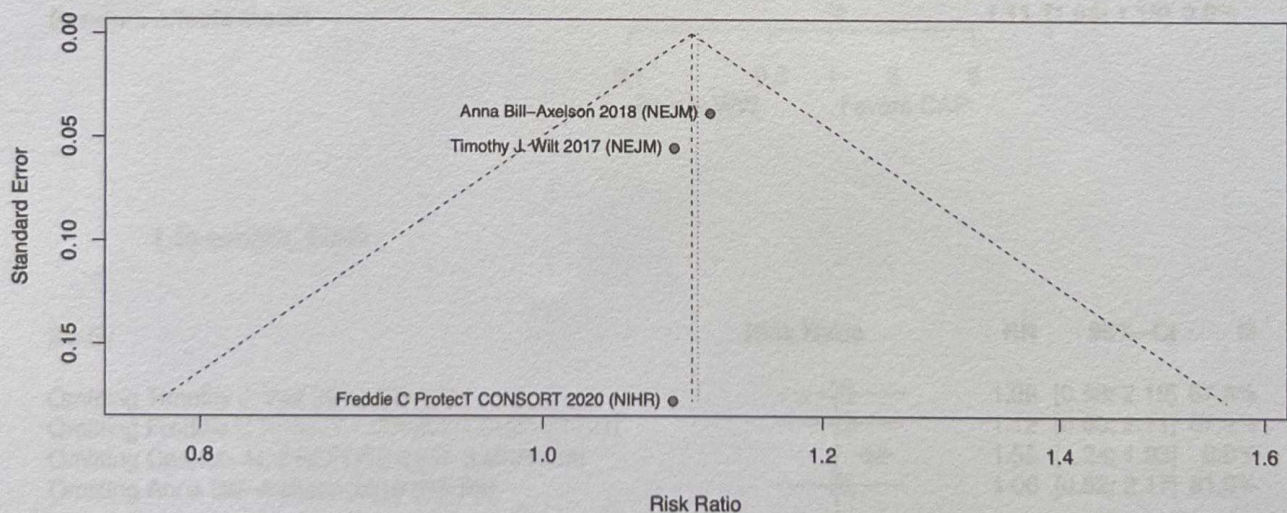
Forest Any Cause



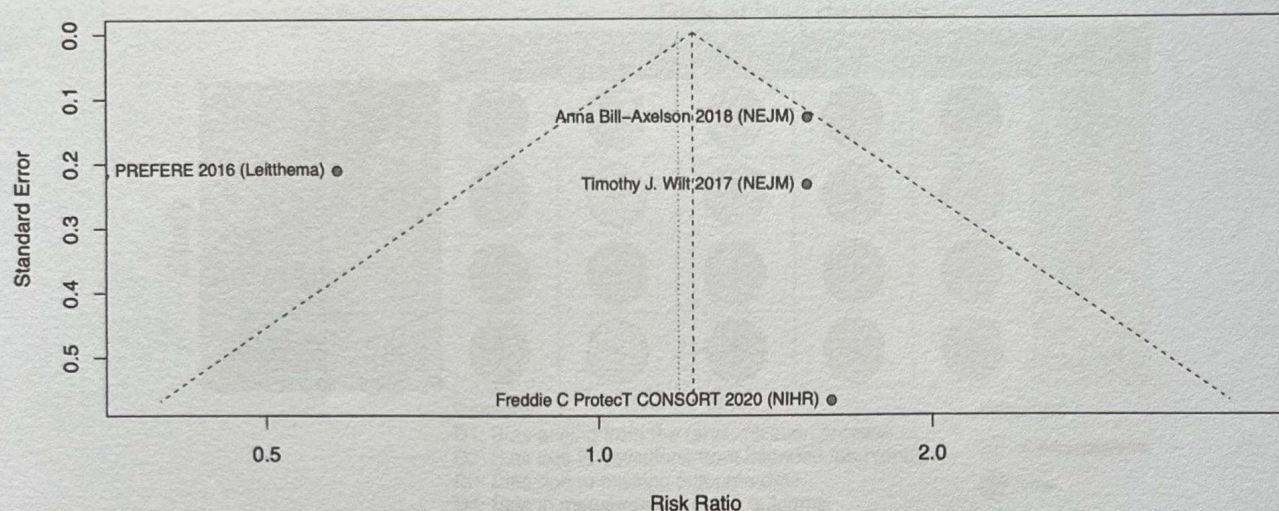
Forest specific Death



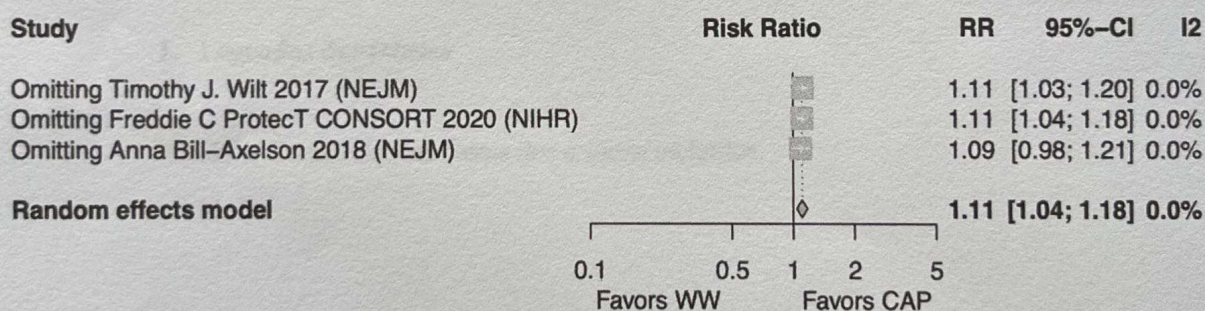
Funnel Any Cause



Funnel specific death



L1o any cause



L1o specific death

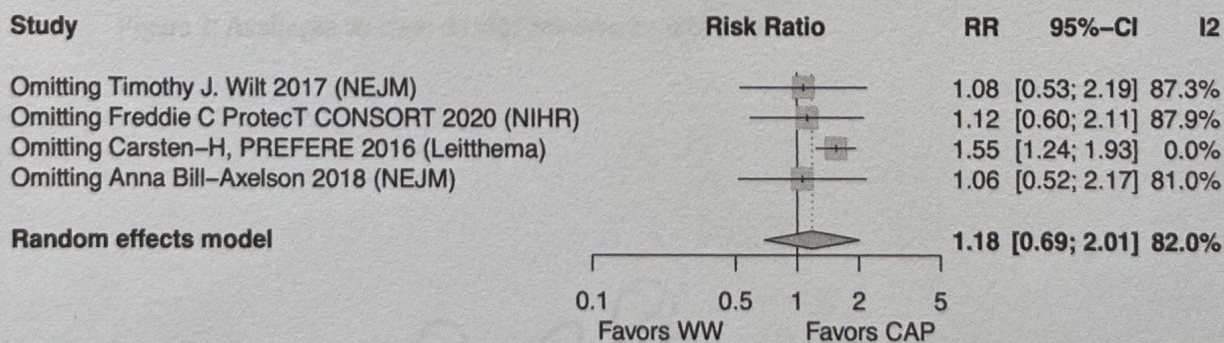


Figura 2

	Risk of bias domains					
	D1	D2	D3	D4	D5	Overall
Study	TIMOTHY, 2017	+	+	+	+	+
	PREFERE, 2016	+	-	+	+	-
	ANNA BILL 2018	+	+	+	+	+
	HAMDY, 2020	+	-	+	+	-

Domains:
D1: Bias arising from the randomization process.
D2: Bias due to deviations from intended intervention.
D3: Bias due to missing outcome data.
D4: Bias in measurement of the outcome.
D5: Bias in selection of the reported result.

Judgement
- Some concerns
+ Low

1. Legendas das tabelas

Tabela 1: Características basais dos estudos incluídos.

2. Legendas para Figuras

Figura 1: Fluxograma de seleção de estudos baseado no PRISMA

Figura 2: Avaliação do risco de viés nos estudos incluídos.

Visto OK - *[Signature]*

[Signature]