

Índice:

Resumo/ Abstract	iii
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico	4
2.1.O cancro da próstata	4
2.2.Terapêuticas	9
2.2.1. Prostatectomia radical	9
2.2.2. Radioterapia	10
2.3. A Qualidade de Vida	11
2.4.Os questionários	13
2.5.Caracterização da Amostra.....	15
3. Avaliação da qualidade de vida.....	18
3.1.Qualidade de vida geral.....	18
3.2.Qualidade de vida específica.....	22
3.2.1. Prostatectomia radical	24
3.2.2. Radioterapia	26
4. Discussão/Conclusão	29
5. Referências bibliográficas.....	35
6. Anexos	42

Resumo

Este artigo de revisão pretende avaliar a qualidade de vida dos doentes com cancro da próstata clinicamente localizado e que realizam uma terapêutica invasiva com fins curativos. Para isso, realizámos uma pesquisa bibliográfica de modo a recolher o maior número de artigos que comparassem a qualidade de vida de doentes que realizam prostatectomia radical e radioterapia. A recolha de dados foi feita através de pesquisa no PubMed, Sage e B-on (Biblioteca do conhecimento online). O nosso *corpus* de análise corresponde a 22 artigos, dos quais fizemos uma análise de conteúdo. As conclusões apontam para que a qualidade de vida geral seja significativamente afetada com as terapêuticas usadas. Quanto à qualidade de vida específica, é afetada de maneira diferente consoante a terapêutica usada.

Palavras-chave: cancro da próstata; qualidade de vida; clinicamente localizado; prostatectomia radical; radioterapia.

Abstract

The aim of this literature review is to assess the quality of life of patients with clinically localized prostate cancer who are submitted to an invasive therapy that pretends to heal. In order to do so, we researched bibliography to collect the most articles that compared the quality of life of patients who are submitted to radical prostatectomy and radiotherapy. Our data collection results from research on PubMed, Sage and B-On. Our *corpus* of analysis has 22 articles and their content was analyzed. The conclusions suggest that general quality of life is significantly affected with both treatments. As for specific quality of life, it is affected differently according to the treatment.

Keywords: Prostate cancer; quality of life; clinically localized; radical prostatectomy; radiotherapy.

1. Introdução

Este trabalho que me proponho apresentar sob forma de uma revisão da literatura foi realizado no âmbito de um artigo de revisão de mestrado do curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O principal enfoque desta investigação são as doenças prostáticas, mais concretamente a avaliação da qualidade de vida dos doentes com cancro da próstata clinicamente localizado.

Para a prossecução dos objetivos do estudo, procedemos a uma pesquisa de artigos nos repositórios científicos PubMed, Sage e B-on (Biblioteca do conhecimento online). Este trabalho consiste numa revisão da literatura, pelo que, durante a recolha de documentos para análise, centrámos a nossa pesquisa em artigos de revisão. No entanto, há um predomínio de artigos que apresentam investigações originais na literatura encontrada. São poucos os exemplos de artigos de revisão. Durante a fase de recolha bibliográfica, tentámos encontrar os artigos mais atuais, nas revistas mais conceituadas entre a comunidade científica, atendendo ao fator de impacto das mesmas. Pesquisámos artigos entre os anos 2008 e 2012.

A pesquisa bibliográfica foi elaborada segundo as seguintes palavras-chave: cancro da próstata; qualidade de vida; clinicamente localizado; prostatectomia radical; radioterapia. Após uma cuidada seleção dos artigos encontrados, o nosso *corpus* de análise resume-se a 22 artigos sobre a qualidade de vida nos doentes com cancro da próstata clinicamente localizado. A restante bibliografia analisada – e que ficou excluída do *corpus* de análise por não ter a pertinência necessária aos nossos objetivos – serviu o propósito de nos ajudar a compreender alguns aspetos particulares da patologia, assim como os conceitos que envolvem o estudo da qualidade de vida. Uma outra preocupação foi compreender o uso dos questionários na avaliação da qualidade de vida.

Quanto à pertinência social e científica do tema abordado, o cancro da próstata é uma patologia cada vez mais frequente e com um impacto cada vez maior nas sociedades ocidentais. Trata-se de uma doença associada ao envelhecimento, sendo a patologia tumoral mais comum nos homens com idade superior a 50 anos. Uma vez que as sociedades ocidentais têm uma população cada vez mais envelhecida, graças à melhoria dos cuidados de saúde, a incidência desta doença tem vindo a aumentar. O cancro da próstata é, assim, uma doença que deve ser dominada por qualquer médico. A compreensão das diferentes abordagens terapêuticas, o correto diagnóstico e o acompanhamento devem ser dominados por todos os médicos. Estes devem atentar às discussões científicas e aos mais recentes desenvolvimentos.

Apesar de ser uma patologia comum, o seu tratamento tem bons resultados. As taxas de sobrevida e os dados relativos às recidivas tumorais apontam para um cenário animador. Nos doentes com tumores clinicamente localizados, aqueles que nos propusemos estudar, os tratamentos mais comuns são a prostatectomia radical e a radioterapia. Independentemente do tratamento, estes doentes têm resultados de sobrevida semelhantes. Certos doentes podem ainda optar por uma vigilância ativa, caso tenham uma esperança de vida inferior a 10 anos.

A discussão dos resultados encontrados focou-se nos principais efeitos adversos e na qualidade de vida após um período terapêutico. A qualidade de vida tem vindo a ganhar importância no seio médico e é fundamental para a correta decisão clínica.

Este artigo de revisão conclui que quer a prostatectomia radical quer a radioterapia levam a diminuições da qualidade de vida dos doentes. A qualidade de vida é geralmente avaliada de uma maneira global (aspetos que se aplicam à vida do doente independentemente da patologia) e específica (aspetos particulares do cancro da próstata). A nossa avaliação revelou que, independentemente do tratamento usado, a qualidade de vida global sofre o mesmo tipo

de alterações. Já no caso da qualidade de vida específica, as alterações variam consoante os tratamentos aplicados.

2. Enquadramento teórico

2.1 Cancro da Próstata

O cancro da próstata tem cada vez mais importância nas sociedades ocidentais. Segundo a Associação Portuguesa de Urologia, o cancro da próstata é a segunda causa de morte por cancro no homem, sendo que a primeira é o cancro do pulmão. É o cancro mais comum no homem com mais de 50 anos de idade. Estima-se que em Portugal haja uma incidência de 82 casos por 100.000 habitantes e uma mortalidade de 33 por 100.000 habitantes (1).

No que diz respeito às patologias oncológicas, há duas maneiras de se diminuir a mortalidade. Por um lado, pode diminuir-se a exposição a determinado produto carcinogénico. Por outro, podem criar-se as condições para um diagnóstico precoce do doente. No caso do cancro da próstata, o fundamental é apostar numa deteção precoce do tumor, dado que não há nenhum produto carcinogénico associado ao carcinoma da próstata. De facto, o crescimento lento destes tumores, assim como a disponibilidade de uma ferramenta que passou a permitir que os médicos pudessem detetar alterações na próstata com alguma antecedência, veio revolucionar a abordagem das doenças prostáticas. O PSA (*prostate specific-antigen*) foi o principal responsável por essa revolução.

Recentemente, colocaram-se algumas dúvidas relativamente à eficácia do PSA. Alguns autores (2) consideram que a monitorização do cancro da próstata através da medição do PSA é controversa, permanecendo ainda algumas questões por esclarecer.

A grande vantagem do PSA é a de permitir detetar um grande número de doentes com cancro da próstata, potencialmente localizado, dado que, apesar das controvérsias, o PSA está fortemente associado a uma probabilidade aumentada de ter um cancro da próstata (2). No entanto, é frequente os tumores prostáticos serem indolentes e não necessitarem de qualquer

tratamento. Ou sejam, há um número excessivo de diagnósticos e um risco aumentado de efeitos secundários, derivados das terapêuticas, que podiam ser evitados.

Como já referimos, o uso do PSA permite fazer uma deteção precoce de tumores prostáticos e, assim, alterar o curso da doença. No entanto, o uso do PSA não está associado a uma diminuição da mortalidade na totalidade dos estudos efetuados (3).

Apesar das controvérsias no que diz respeito ao uso do PSA para a deteção precoce do cancro da próstata, estes tumores têm, geralmente, um bom prognóstico. Assim, a taxa de sobrevivência aos cinco anos é superior a 80%, havendo uma melhoria evidente com a evolução da medicina, dado que na década de 1970 a sobrevivência rondava os 60% (4). Outros estudos revelam que a taxa de sobrevivência na Europa aos cinco anos era de 55% entre 1983-1985, tendo melhorado para os 68% entre 1992-1994 (5). O aumento da sobrevivência deveu-se essencialmente ao uso do PSA, que permitiu fazer o diagnóstico precoce de tumores que, de outra maneira, nunca seriam clinicamente detetados. No entanto, a evolução e aperfeiçoamento das técnicas terapêuticas nas últimas décadas permitiu subir para 95% a percentagem de sobrevivência sem doença ao fim de cinco anos (6). Estes dados são extremamente animadores e refletem uma evolução evidente no tratamento desta patologia, que representa uma das principais dificuldades na saúde do sexo masculino (3).

O aumento da sobrevivência deve-se, como referimos anteriormente, ao uso do PSA. No entanto, o tratamento destes doentes também é fundamental para que se consiga atingir a cura. Há diferentes abordagens terapêuticas ao tratamento desta patologia. Apesar de os médicos terem à sua disposição um grande número de diretrizes clínicas com conselhos diferentes, as principais armas terapêuticas são a cirurgia (prostatectomia radical); a radioterapia (braquiterapia ou radiação externa); a hormonoterapia; a observação (*watchful waiting*); e, finalmente, a vigilância ativa (*active surveillance*).

No que diz respeito às diferentes estratégias terapêuticas, é fundamental compreendermos o que pode ser mais importante para o nosso doente. Como em qualquer diagnóstico, o doente deve compreender a sua doença e também as opções de tratamento existentes – para que se possa tratar ou acompanhar a evolução da próstata, caso rejeite uma intervenção mais radical. De facto, os doentes podem surpreender o médico com as suas escolhas; alguns estudos indicam que os pacientes estão preparados para escolher uma terapêutica que ofereça uma esperança de vida mais curta se associada a uma melhor qualidade de vida (7, 8).

Um dos conceitos importantes no cancro da próstata diz respeito à estratificação do risco. Isto é, estimar a agressividade biológica de determinado tumor agrupando-o em grupos de risco que refletem a probabilidade de crescimento e metastização tumoral. Quando se realiza uma biópsia prostática são retiradas várias porções do órgão, de maneira a aumentar a probabilidade de colher uma porção de órgão que possa estar envolvida em células tumorais. Em 1998 D'Amico (9) concluiu que um tumor cuja biópsia envolva poucos fragmentos tumorais é considerado de baixo risco. Por outro lado, uma elevada percentagem de amostras positivas indica um pior prognóstico.

Assim, D'Amico estratifica o risco de cancro da próstata da seguinte maneira:

- Para um tumor de baixo risco: o PSA é inferior a 10 ng/mL; um Gleason inferior a 6 e os fragmentos da biópsia envolvidos são inferiores a 50%. Um tumor também pode ser de baixo risco quando clinicamente se trata de risco intermédio, mas tem apenas um fragmento de biópsia positivo para cancro da próstata.
- Para um tumor de risco intermédio: o PSA tem valores entre 10 e 20 ng/mL; um Gleason de 7. Um tumor também pode ser de risco intermédio quando clinicamente se trate de baixo risco, mas tem mais de 50% dos fragmentos da biópsia positivos; ou se de alto risco, mas tem apenas um fragmento de biópsia positivo para cancro da próstata.

- Para um tumor de risco elevado: o PSA tem valores superiores a 20 ng/mL; um Gleason superior a 8 e mais que um fragmento de biópsia com positividade ou risco intermédio e mais de 50% de fragmentos positivos para cancro da próstata.

Quando há um conflito entre os valores do PSA e do Gleason, prevalece aquele que poderá ter pior prognóstico, isto é, quando um Gleason é de 6 e um PSA de 25 ng/mL o doente terá um risco elevado de crescimento e metastização. Se, por acaso, apenas um fragmento estiver afetado na biópsia, haverá a queda de um nível nos grupos de risco.

Assim, após o diagnóstico de um tumor prostático e a estratificação do risco, é necessário entrar em ação de modo a tratarmos o doente. Todas as diretrizes clínicas são unânimes ao considerar a prostatectomia radical e a radioterapia como tratamentos ideais para os cancros que são considerados clinicamente localizados ou de baixo risco em doentes com uma esperança de vida superior a 10 anos. (1, 5, 10-13).

Os dados disponíveis permitem-nos avaliar as recidivas do cancro da próstata localizado ou de baixo grau e dizem-nos que os resultados a longo prazo, assim como a sobrevida, são idênticos entre as duas principais armas terapêuticas. (11)

Um dos principais problemas no estudo desta patologia está relacionado com a falta de estudos aleatórios (13, 14). Esta lacuna na literatura – que não permite a comparação da eficácia dos tratamentos – faz com que o tratamento dos doentes com cancro da próstata continue a basear-se essencialmente na experiência e preconceitos de cada médico (14). Da mesma maneira, a falta de boa informação clínica comparativa faz com que um grande número de pacientes tome as suas decisões terapêuticas com base em opiniões pouco consubstanciadas (15).

Para além disso, temos de ter em conta aquilo que a literatura nos indica, de que há alguma indefinição pelo facto de existirem duas terapêuticas com objetivos curativos nesta patologia. Esta realidade acaba por criar conceitos e parâmetros de avaliação dos resultados das

terapêuticas consoante se realiza radioterapia ou prostatectomia radical. É fundamental haver conceitos iguais ou semelhantes, o que torna possível comparar com exatidão os efeitos e os resultados de ambas as técnicas. A definição mais tradicional de sucesso na terapêutica do cancro da próstata foca-se mais na sobrevida sem doença e noutras variáveis específicas da doença, como a recorrência detetada pelo nível de PSA (16). Falamos de recidiva bioquímica ou da quantidade de anos após tratamento em que o doente se encontra livre de doença. A recidiva bioquímica não só avalia o sucesso terapêutico como é um dos parâmetros mais importantes na avaliação da mortalidade no cancro da próstata.

Para além da dificuldade em criar conceitos comparáveis entre os dois tratamentos, existe também dificuldade em criar grupos uniformes nas amostras recolhidas para os estudos efetuados. Os grupos seriam uniformes se fossem compostos por um número semelhante de indivíduos, se tivessem riscos clínicos semelhantes e percentagens de comorbilidades parecidas.

No que diz respeito a outras técnicas de tratamento, os médicos têm ainda à sua disposição a vigilância ativa - que é uma escolha razoável em pacientes mais idosos, com uma esperança de vida limitada. Particularmente naqueles que têm um Gleason baixo, é provável que o comportamento seja indolente. No entanto, pacientes com uma esperança de vida entre os 10 a 15 ou mais anos estão mais sujeitos a um aumento de risco de morte quando a observação é a abordagem terapêutica. Assim, deve ser considerada uma terapêutica definitiva (17). Enquanto a vigilância ativa pode melhorar a qualidade de vida, as técnicas terapêuticas mais invasivas podem ter um risco significativo de efeitos secundários duradouros (18).

A hormonoterapia pode ser aconselhável em doentes mais idosos, com muitas comorbilidades, ou que não desejem realizar um tratamento primário agressivo. Esta terapêutica também pode ser usada associada a radioterapia pós-cirurgia. Os seus efeitos são ainda pouco conhecidos. Para além disso, tem muitos riscos associados, como o aumento da

probabilidade de desenvolver diabetes, patologia coronária e enfarte agudo do miocárdio (17).

A hormonoterapia não é curativa.

2.2 Terapêuticas:

2.2.1 Prostatectomia Radical

Os procedimentos cirúrgicos melhoraram progressivamente com o aumento do conhecimento e dos detalhes anatómicos, com a conseqüente introdução de várias técnicas de preservação de estruturas anatómicas fundamentais, quer para a função urinária, quer para a função sexual do paciente (18).

Um tratamento cirúrgico deve ser realizado em doentes saudáveis sem comorbidades que possam tornar o procedimento cirúrgico menos arriscado. A massa tumoral deve ser ressecável.

Os doentes submetidos a prostatectomia radical acreditam que o seu tratamento lhes dá mais hipóteses de cura, enquanto os doentes submetidos a radioterapia acreditam que este método é menos invasivo e apresenta menos efeitos secundários (é menos doloroso e mais conveniente) (7).

As complicações mais comuns da prostatectomia radical são a disfunção erétil, que se define pela incapacidade persistente em atingir ou manter uma ereção durante o tempo suficiente para uma performance sexual satisfatória; incontinência urinária; hérnia inguinal; e atresia uretral (4).

2.2.2 Radioterapia

À semelhança do que aconteceu com a prostatectomia radical, também as técnicas de radioterapia evoluíram nos últimos anos, melhorando muito os resultados desta terapêutica. Apesar de tudo, a radioterapia é usada com frequência, especialmente em doentes com um risco intermédio, mas também naqueles com comorbilidades (4).

Como qualquer intervenção terapêutica, também a radioterapia tem efeitos secundários. Assim, os principais efeitos secundários da radioterapia estão relacionados com alterações da microvascularização na bexiga, reto e músculo estriado dos esfíncteres e uretra. (4)

Desde os anos 1950 que os radioterapeutas usam feixes com matéria para tratarem os seus doentes oncológicos. Geralmente é usado um feixe com eletrões, mas os neutrões têm ganho algum espaço e importância, tendo ainda pouca expressão no que diz respeito à sua aplicação a grande escala. As técnicas de radioterapia têm sofrido grandes alterações nas últimas décadas, tendo-se aperfeiçoado sobretudo na delimitação e localização dos tumores, mas também na incidência da matéria na área pretendida. Houve ainda uma diminuição dos efeitos secundários e da danificação de órgãos adjacentes. Para além das técnicas convencionais de radioterapia, também pode ser usada nos doentes com cancro da próstata a braquiterapia (terapêutica “de perto” – radioterapia intersticial). Da mesma forma que a radioterapia, esta técnica tem sido alvo de grandes mudanças nas últimas décadas. Há registos desta técnica ter sido realizada nos anos 10 e 20 do último século. Pasteur e Degrais colocaram provisoriamente uma fonte de rádio em agulhas e introduziram-nas na próstata por via uretral. Uma outra técnica, nos anos 1920, usou fontes radioativas intracavitário na bexiga, no reto e na uretra (19). Estas técnicas abriram a porta a uma técnica que tem vindo a ganhar o seu espaço na terapêutica do cancro da próstata. Recentemente tem-se usado o ^{125}I como fonte de radiação. Podem ser usadas agulhas ou sementes para a aplicação da mesma.

2.3 A Qualidade de Vida

Em 1982 realizou-se o primeiro ensaio aleatório que comparava a prostatectomia radical com a radioterapia (20). Esse dava uma vantagem à cirurgia no que diz respeito à taxa de sobrevida. No entanto, este artigo acabou por ser criticado, uma vez que excluía doentes cirúrgicos com invasão das margens. Para além disso, era um estudo com um número reduzido de doentes, acompanhados num curto espaço temporal. Um outro aspeto fundamental diz respeito à dose de radioterapia usada, que não reflete aquela que hoje em dia é considerada a necessária para a realização de um bom tratamento (21).

Apesar de todas as críticas que possam ser feitas ao artigo atrás descrito, este foi extremamente importante para o início de uma discussão e de tantos outros estudos que vieram dar o seu contributo para uma melhor compreensão desta temática.

O uso do termo “qualidade de vida” neste trabalho foi escolhido em detrimento de outros que podem ser usados em avaliações semelhantes. Outras definições usadas na avaliação destes doentes podem ser “estado de saúde” ou “estado funcional”. Qualquer uma delas pode ser usada com o objetivo de quantificar a saúde de um indivíduo. No entanto, alguns aspetos altamente valorizados não são geralmente considerados como “saúde”, como é o caso da segurança financeira, a liberdade ou a qualidade ambiental. Por isso, o uso da expressão “qualidade de vida” parece ser mais adequado (22)

A qualidade de vida pode ser difícil de definir. A bibliografia consultada fornece definições e conceitos diferentes; no entanto, todas elas acabam por revelar preocupação com os mesmos aspetos da vida do doente. Deste modo, há autores que afirmam que a qualidade de vida é um conceito que não está definido (2). A mesma fonte, não obstante a afirmação anterior, defende que há um consenso alargado de que a qualidade de vida se refere às funções física,

psicológica e social do paciente, mas também ao impacto da doença e do tratamento na capacidade de o doente realizar convenientemente o seu dia-a-dia.

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não como “um mero estado de ausência de doença, mas também um estado completo de bem-estar físico, emocional e social” (8).

Outros autores dizem que a qualidade de vida se refere a uma avaliação multidimensional que inclui, pelo menos, domínios físicos, emocionais (ou psicológicos) e sociais, podendo também incluir outras características como o funcionamento cognitivo, a sexualidade ou espiritualidade (23).

Por fim, e de acordo com a bibliografia consultada, podemos ainda afirmar que para alguns autores a qualidade de vida se refere à função do indivíduo na vida e às suas perceções de bem-estar (24).

A avaliação da qualidade de vida não se pode cingir à avaliação de apenas um aspeto da mesma, seja ele físico ou emocional, sintomático ou ainda relacionado com a capacidade de executar determinada função. Para se obter uma avaliação completa da qualidade de vida devemos incluir vários aspetos das funções do doente (23).

A qualidade de vida global descreve o estado de saúde físico e mental relatado pelos doentes (25). Este será um dos aspetos centrais do nosso estudo. Um dos nossos objetivos será determinar se após um determinado período de acompanhamento de um doente este sai beneficiado com um tratamento, em detrimento de outro.

2.4 Os questionários

Os questionários têm de ser administrados aos doentes em determinadas alturas do processo de acompanhamento. Os questionários podem ser feitos por entrevistadores treinados – situação que não se verificou na bibliografia consultada - ou fornecendo ao doente um questionário em papel para o próprio responder. O primeiro exemplo parece ser um método de confiança, diminuindo os erros e dados que possam ficar perdidos. Por outro lado, e atendendo às questões práticas, os questionários administrados em papel ao doente, geralmente por correio, são mais baratos. No entanto, o número real de respondentes acaba por ficar diminuído, uma vez que uma parte dos inquiridos não responde. Os estudos indicam também que há a possibilidade de serem cometidos mais erros (22).

Cada artigo analisado acaba por selecionar uma amostra maior do que aquela que é de facto estudada, atendendo ao número de indivíduos que não responde aos questionários.

Um outro método para avaliação da qualidade de vida consiste em realizar questionários por telefone. Este é um método que permite diminuir os erros e os dados perdidos. Contudo, estes questionários têm de ser tecnicamente simples, uma vez que, por telefone, pode haver maiores dificuldades de comunicação e de explicitação de alguns dos conteúdos dos inquéritos (22).

Uma outra particularidade dos questionários aplicados a doentes está relacionada com a correta avaliação da sintomatologia do paciente e, conseqüentemente, a colheita de informação fidedigna. Por um lado, os doentes têm alguma tendência a minimizar a sua sintomatologia ou efeitos adversos quando questionados pelo seu cirurgião. Por outro, o cirurgião acaba por minimizar os efeitos adversos relatados pelo doente (12). Tendo tudo isto em conta, a administração de questionários em papel, apesar de ter inconvenientes, parece-nos um bom método de recolha de informação fidedigna e o mais aproximado da realidade.

Como foi anteriormente referido, os dois métodos terapêuticos mais usados no cancro da próstata clinicamente localizado têm resultados em tudo semelhantes no que diz respeito à sobrevida e à recidiva bioquímica. Assim, é essencial criar uma outra ferramenta para avaliar estas duas modalidades de tratamento, de modo a haver uma escolha mais consciente e baseada noutros aspetos da vida do doente. É por esta razão que nos últimos anos se tem dado mais importância à qualidade de vida dos doentes após os tratamentos invasivos do cancro da próstata clinicamente localizado.

Uma vez que o diagnóstico do cancro da próstata é feito numa fase cada vez mais precoce, e os tumores são detetados em estados menos avançados e com sobrevidas mais favoráveis, as decisões na abordagem terapêutica têm vindo a mudar, tendo em consideração a qualidade de vida (16).

Se a redução da mortalidade é moderada a desprezível, os efeitos na qualidade de vida (definida pela função física do doente, mas também por fatores psicológicos e sociais) podem ser cruciais na ponderação entre benefícios e inconvenientes no seguimento desta patologia (26). Apesar de já termos acesso a um grande número de estudos que comparam a qualidade de vida entre as duas técnicas, há ainda muitas perguntas que continuam sem resposta. Por exemplo, ainda não se sabe se a qualidade de vida após o tratamento e os resultados funcionais relacionados com o tratamento dependem ou não de opções terapêuticas consoante a estratificação de risco específica da doença (27).

A qualidade de vida não é um “estado estacionário”, podendo mudar progressivamente consoante as respostas clínicas ou anatómicas, assim como a história natural do envelhecimento pode alterar a qualidade de vida (18). Também por isso se torna fundamental ter estudos que se alonguem no tempo, para compreendermos o que pode estar na origem das alterações na qualidade de vida.

Se esta área for bem estudada e desenvolvida pode contribuir para que os pacientes possam tomar conhecimento não só dos resultados oncológicos mas também da qualidade de vida prevista. A qualidade de vida, como veremos pela análise da bibliografia consultada, depende fundamentalmente dos efeitos secundários (28). Também por isso, os doentes devem ter a informação para poderem fundamentar convenientemente as suas escolhas terapêuticas em função das suas preferências, mas baseando-se em informação credível que o possa ajudar a prever a sua qualidade de vida.

2.5 Caracterização da amostra

Vamos agora caracterizar a amostra-tipo encontrada na bibliografia consultada e que constitui o nosso *corpus* de análise. A amostra pode ser caracterizada quanto ao número de pacientes que constituem o grupo-alvo; à idade dos pacientes; níveis de PSA; e estadiamento dos tumores. O facto de nos depararmos com amostras muito diversificadas faz com que a comparação das investigações não seja uma tarefa fácil.

As amostras na bibliografia usada são muito variáveis. Analisando o número de doentes do *corpus* de análise concluímos que, em média, são analisados 417 doentes por artigos. No entanto, há grupos de investigação que estudam amostras relativamente pequenas (5, 10, 16, 27, 29, 30). Por outro lado, há artigos que analisam uma grande quantidade de pacientes (5, 6, 12, 25, 28, 31-33). O mínimo de pacientes analisados por um artigo são 104, enquanto o máximo de doentes envolvidos num estudo sobre qualidade de vida no cancro da próstata são 1213 doentes (34).

Uma das particularidades do cancro da próstata é o facto de afetar doentes do sexo masculino em idades mais avançadas. Deste modo, e independentemente do tratamento a que o doente

seja submetido, as idades médias dos doentes incluídos nos estudos que lemos são, à exceção de um exemplo (15), sempre superiores a 60 anos (5, 6, 7, 10-12, 16, 24-29, 30, 32-38).

O que foi observado pelos artigos consultados é que, regra geral, os doentes que são submetidos a radioterapia têm, em média, idades mais avançadas (5, 10, 11, 15, 16, 24-27, 29, 30, 32-35, 37-39). Nenhum dos artigos mostra idades médias superiores a 70 anos nos doentes que realizam prostatectomia radical. Porém, alguns artigos demonstram que isso pode acontecer naqueles que realizam radioterapia (6, 24, 27, 29, 32, 35).

Relativamente à caracterização da amostra-tipo encontrada nos artigos científicos que constituem o nosso *corpus* de análise, nem sempre o PSA é avaliado (5, 7, 11, 12, 15, 16, 27, 29, 30, 34, 38, 39). No entanto, seria importante compreender se há diferenças nos valores do PSA entre doentes que realizam técnicas terapêuticas diferentes.

Dois artigos não apontam qualquer diferença no PSA entre os grupos submetidos a radioterapia ou a prostatectomia radical (15, 29). Os restantes artigos que avaliam este parâmetro parecem detetar diferenças estatísticas entre os doentes que realizam prostatectomia radical e radioterapia. Cinco demonstram que os valores de PSA são, em média, mais altos na radioterapia (5, 27, 34, 38, 39); enquanto outros cinco demonstram o oposto, ou seja, que os valores são, em média, mais altos na prostatectomia radical (7, 11, 12, 16, 30). Os valores de PSA raramente ultrapassam os 10 ng/ml nas médias que consultamos, embora pareça ser mais comum acontecer nos doentes que realizam radioterapia (27, 38).

Uma outra avaliação fundamental para a compreensão dos valores, mas também para uma melhor comparação entre dois grupos de doentes que realizam técnicas diferentes para a cura da sua doença, está relacionada com o estadiamento do tumor. A maioria dos artigos não utiliza doentes com um único estadiamento, sendo que há estadiamentos mais comuns na amostra. Em termos de estadiamento verifica-se que há um predomínio de T1 (5, 11, 16, 29, 30, 35) e T2 (12, 32, 34, 37-39).

Não parece haver uma diferença significativa na bibliografia consultada no que diz respeito a diferenças entre estadiamento ou grupos de risco entre doentes que realizam prostatectomia radical ou radioterapia. No entanto, pode acontecer um grupo que realiza prostatectomia radical ter um estadiamento, em média, inferior aos que realizam radioterapia (27, 34, 39). O contrário não parece acontecer.

Nenhum dos artigos consultados inclui na sua amostra doentes com envolvimento ganglionar ou metastático, uma vez que não faz parte dos objetivos do nosso estudo – que se centra nos pacientes com cancro da próstata clinicamente localizado.

Os aspetos gerais da amostra podem ser fundamentais para a interpretação dos dados que colhemos. É importante ter um espírito crítico na interpretação dos valores de qualidade de vida e contrapô-los com alguns dados básicos dos doentes, como a idade, o estadiamento e o PSA. Um dos motivos para a diferença de idades entre os doentes submetidos a radioterapia e aqueles submetidos a prostatectomia radical (que são geralmente mais novos) pode residir no facto de a radioterapia não afetar a qualidade de vida dos pacientes idosos (entre os 75 e os 81 anos) (14).

3. Avaliação da qualidade de vida

3.1 Qualidade de vida geral

Para a elaboração deste trabalho, reunimos um *corpus* de análise de 22 artigos científicos, sendo que todos eles utilizam dois tipos de questionários de medição da qualidade de vida, avaliando-a em termos gerais e em termos específicos (relacionados com o cancro da próstata).

Assim, a maioria dos artigos analisados aplicou o *The Short Form Health Survey* ou SF-36 (ver anexo 1) para a avaliação da qualidade de vida geral dos doentes (40). Dos 22 artigos analisados, 20 usaram esta ferramenta ou formulações mais curtas da mesma (SF-8 e SF-12).

Os outros dois artigos analisados – e que não utilizaram a ferramenta mais comum -, aplicaram a Patient Oriented Prostate Cancer Utility Scale (PORPUS) ou a European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), que é específica para doentes oncológicos.

A SF-36 avalia oito conceitos distintos de qualidade de vida: função física; função social; dor corporal; bem-estar emocional; energia/cansaço; percepção de saúde; limitação por problemas físicos; e, finalmente, a limitação por problemas emocionais.

Do ponto de vista geral da qualidade de vida, é possível concluir que mais de metade dos artigos estudados (64%) defende que não há diferenças estatísticas entre os dois métodos terapêuticos utilizados no tratamento desta patologia. Assim, apesar de haver ligeiras diferenças consoante os domínios abrangidos pelos questionários, a maioria não é capaz de distinguir qualquer vantagem num determinado tratamento em detrimento do outro.

Por outro lado, os restantes artigos (36%) acabam por referir diferenças estatísticas na qualidade de vida geral dos doentes. Dos artigos que registam diferenças estatísticas, 75% referem que no fim do tempo de estudo os doentes beneficiam mais com a prostatectomia

radical, enquanto os restantes 25% defendem que o paciente pode beneficiar mais com a radioterapia. Apenas um dos artigos analisados no nosso *corpus* não toma qualquer posição do ponto de vista da qualidade de vida geral dos doentes.

Uma conclusão comum dos estudos analisados diz respeito à alteração a nível temporal dos resultados da qualidade de vida genérica dos doentes. Nos primeiros meses após os tratamentos os resultados são piores e há mais diferenças entre os grupos de tratamento. No entanto, essas diferenças dissipam-se três a seis meses após a terapêutica (27).

Nos primeiros meses após os tratamentos oncológicos, a qualidade de vida dos pacientes diminui – embora se notem efeitos mais negativos com uma das terapêuticas. Para a total compreensão dos efeitos das terapêuticas é sempre necessário realizar os questionários antes de qualquer intervenção. Nem sempre isto aconteceu nos artigos por nós analisados, o que dificulta a comparação da qualidade de vida antes e após os tratamentos. Por outro lado, os grupos terapêuticos têm algumas diferenças entre si, nomeadamente a idade; risco; ou comorbilidades que também podem comprometer a interpretação dos resultados quando não há uma avaliação inicial da qualidade de vida.

A maior parte dos artigos, através dos questionários aplicados, avalia os pacientes durante o período de um ano. Os questionários são realizados, por regra, antes do tratamento e ao primeiro, terceiro, sexto, nono e 12º meses. São poucos os artigos que realizam estudos a longo prazo, tentando compreender a evolução mais prolongada da qualidade de vida nestes doentes (28, 30, 38).

Como é referido anteriormente, as principais alterações na qualidade de vida são mais evidentes nos primeiros meses após os tratamentos, mas as diferenças são mais acentuadas nos doentes submetidos a prostatectomia radical. Para alguns autores (5, 10-12, 16, 30, 35) há uma diminuição nos primeiros meses que é ultrapassada entre o terceiro e o sexto meses após a intervenção cirúrgica. No entanto, essa recuperação é quase sempre parcial. Em casos

excepcionais, a recuperação consegue superar a qualidade de vida antes do tratamento. Isto é observado mais frequentemente nos domínios mentais da SF-36.

No que diz respeito à cirurgia, pode-se concluir que durante o primeiro mês os doentes são sujeitos a maiores adversidades. Todos os domínios do SF-36 melhoram nos controlos seguintes da qualidade de vida dos doentes cirúrgicos. Estes doentes parecem mais limitados nas suas atividades diárias e no trabalho por motivos físicos e emocionais, mas também na sua função física. Nos doentes que realizaram tratamentos de radioterapia, as alterações na qualidade de vida genérica são mais subtis. As diminuições são, geralmente, insignificantes ou inexistentes.

Não obstante as diferenças atrás descritas, e apesar de a prostatectomia ter alterações mais bruscas na qualidade de vida global, parece ser unânime para os autores consultados que, após o período de tratamento, os resultados da qualidade de vida entre as terapêuticas são em tudo semelhantes ou sobreponíveis (5, 10, 11, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 33-35, 39). No entanto, um dos grupos de investigação acompanhou os seus doentes durante 52 meses (38). Este parece detetar alterações diferentes daquelas a que se chegam após um ano de acompanhamento dos pacientes. Essas diferenças parecem beneficiar a prostatectomia radical, que tem melhores resultados em todos os domínios do SF-36. No entanto, tem um impacto maior na limitação das atividades diárias e de trabalho por limitações físicas nos doentes que realizam radioterapia; aliás, parece haver uma diminuição brusca da qualidade de vida entre os 12 e os 52 meses. Esta não é uma evidência comum, dado que a maior parte dos estudos faz um acompanhamento curto dos doentes. Como vimos no capítulo anterior, é comum os doentes que realizam radioterapia serem mais velhos, portanto estas diferenças podem não ser explicadas pela técnica terapêutica, mas sim pela idade avançada dos doentes. São necessários mais estudos a longo prazo para melhor entender estas alterações.

Alguns estudos (12, 16) indicam mais vantagens da prostatectomia radical na evolução da saúde mental dos doentes, quando comparados com aqueles que foram submetidos a radioterapia. O facto de os primeiros se sentirem mais curados pela eliminação do foco de doença (7) parece estar associado com um maior aumento da qualidade de vida mental. No entanto, é preciso ter em conta que, antes de submetidos à intervenção cirúrgica, os pacientes registavam valores mais baixos de qualidade de vida no que toca a parâmetros mentais.

Nos poucos estudos (5, 28, 33, 34, 39) que fazem uma avaliação entre três tratamentos (prostatectomia radical, radioterapia externa e braquiterapia) é possível evidenciar não só os pormenores descritos até agora como também a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas técnicas de radioterapia.

3.2 Avaliação da qualidade de vida específica

A avaliação da qualidade de vida específica dos doentes submetidos a prostatectomia radical ou a uma técnica de radioterapia demonstra diferenças bastante significativas entre os dois grupos terapêuticos, por comparação à avaliação da qualidade de vida em termos genéricos. Por um lado, é de salientar que para esta avaliação é usada uma maior variedade de questionários. Por outro, as conclusões são unânimes e muito semelhantes na grande parte dos artigos científicos avaliados neste trabalho.

O *Expanded Prostate Cancer Index Composite* (EPIC) (ver anexo 2) é um questionário que avalia a função urinária, hábitos intestinais, função sexual, função hormonal e satisfação do paciente. Já o *University of California, Los Angeles Prostate Cancer Index* (UCLA – PCI) (ver anexo 3) é uma outra ferramenta que avalia a função urinária, sexual e intestinal. Estes são os questionários mais usadas nos artigos estudados para avaliarem a qualidade de vida específica (5, 11, 12, 15, 16, 25-28, 30, 31, 33-35, 37-39). O UCLA-PCI tem bons resultados sobretudo em populações mais idosas. É bem compreendido e fácil de completar (41) e um tempo médio de execução de cerca de 20 minutos por questionário (8).

A nossa amostra é constituída por um *corpus* de análise de 22 artigos. Todos eles aplicam questionários que avaliam, em simultâneo e recorrendo a pelo menos dois tipos de questionários diferentes, a qualidade de vida em termos genéricos e em termos específicos. Da amostra selecionamos 17 artigos que utilizavam ou o EPIC ou o UCLA-PCI dado serem as ferramentas mais comumente utilizadas na avaliação da qualidade de vida específica. Os restantes artigos (7, 9, 24, 29, 32) utilizam somente outros questionários que não o EPIC ou o UCLA-PCI. Juntamente com os questionários mais comuns (o EPIC, o UCLA-PCI ou ambos usados na mesma amostra de doentes) podem ser usados outros questionários para avaliar a qualidade de vida. Exemplo disso temos o I-PSS (*International Prostate Symptom Score*) que

é usado com alguma frequência e que avalia sintomas específicos da patologia prostática (7, 12, 17, 25, 30).

A avaliação parece ser mais fidedigna (11, 16) quando realizado pelo EPIC. Esta ferramenta foi desenvolvida para colmatar algumas lacunas deixadas pelo UCLA-PCI (11). Em termos urinários, o UCLA-PCI foca-se essencialmente nas questões de incontinência urinária, enquanto o EPIC também inquirir os doentes sobre hematuria e disúria. Em termos da avaliação intestinal, são detetadas diferenças semelhantes às que foram encontradas na avaliação urinária, sendo que o UCLA – PCI peca pela perda de informações potencialmente importantes. Por oposição, o EPIC avalia a perda de controlo nas dejeções, diarreia, perdas hemáticas e dejeções dolorosas, assim como o número de dejeções. A avaliação sexual é semelhante entre os questionários, sendo que o EPIC questiona o desejo sexual, o que não é feito pela UCLA-PCI.

Em jeito de conclusão, o questionário UCLA – PCI avalia essencialmente a incontinência urinária – que é uma consequência mais comum nos pacientes submetidos a cirurgia. As possíveis consequências da radioterapia, em termos urinários, não são tidas em conta neste questionário, pelo que a qualidade de vida dos doentes submetidos a este tratamento não parece sofrer alterações.

Os resultados dos questionários são geralmente apresentados por grupos de questões, avaliando a função e o desconforto em termos urinários, sexuais e gastro-intestinais.

Apesar de na avaliação da qualidade de vida geral não se evidenciarem diferenças estatísticas entre a prostatectomia radical e a radioterapia, o mesmo não parece verificar-se na avaliação da qualidade de vida específica dos mesmos pacientes. Apesar de haver diferenças entre os doentes que realizam ou prostatectomia radical ou radioterapia, poucos autores assumem vantagem para determinada terapêutica. Um autor (11) parece concordar com o facto de que a

qualidade de vida específica dos doentes submetidos a prostatectomia radical é inferior à daqueles submetidos a radioterapia.

Os três principais focos de avaliação, como foi referido anteriormente, são as alterações urinárias, sexuais e gastrointestinais.

3.2.1 Prostatectomia radical

No que diz respeito à cirurgia, as funções urinária e sexual parecem ser as mais afetadas. Assim, e apesar de muitos artigos (12, 16, 18, 26, 27, 31, 35, 37) usarem o UCLA – PCI, que ignora algumas das alterações do domínio urinário, a generalidade dos artigos (5, 10-12, 15, 24, 26-30, 32-35, 38, 39) conclui que este é um dos principais defeitos desta técnica afetando a função urinária fundamentalmente nos primeiros meses após o tratamento. É comum haver uma melhoria no desconforto urinário e na função urinária; no entanto, é pouco frequente que estes valores voltem aos registados antes da intervenção cirúrgica.

A distinção entre desconforto e função urinária é, por vezes, ténue e pouco clara. A totalidade da literatura consultada é unânime em considerar os efeitos devastadores da cirurgia na função urinária. O mesmo não se verifica no desconforto. Há um grande número de artigos (5, 10-12, 28, 35) que apenas deteta alterações na função e não no desconforto. Por outro lado, a prostatectomia radical parece não afetar tanto o paciente com sintomatologia obstrutiva e irritativa.

Em termos sexuais, os dados analisados apontam para uma diminuição da função e um aumento do desconforto sexuais nos doentes submetidos a cirurgia.

Neste domínio, aquilo que é mais frequentemente questionado reporta-se à qualidade e frequência das ereções, mas também à capacidade de atingir um orgasmo e ao desejo sexual.

Apesar de a radioterapia também afetar a sexualidade dos pacientes, não parecem (11, 24, 33, 37) ser tão graves as alterações para o doente.

Tal como acontece na avaliação da qualidade de vida em termos genéricos, aquilo que se verifica para alguns aspetos da qualidade de vida específica é que a maioria dos efeitos secundários melhora entre os três e os seis meses após a intervenção cirúrgica.

No entanto, e sobretudo nas alterações relativas à sexualidade, os valores da qualidade de vida após as terapêuticas ficam muito distantes daqueles que o doente registava antes do seu tratamento. Por isso, muitos dos doentes acabam por rejeitar serem tratados para esta patologia, para poderem manter a sua função sexual.

A função gastrointestinal e o desconforto não parecem (5, 11, 12, 15, 16, 24-30, 33-35, 38, 39) ser afetados pelas técnicas cirúrgicas.

Um outro aspeto a realçar da bibliografia consultada está relacionado com a comparação dos doentes submetidos a prostatectomia radical com doentes que não realizaram qualquer tipo de tratamento. São poucos os estudos (24, 25, 32, 39) que, apesar de compararem os valores da qualidade de vida entre um grupo de doentes cirúrgicos e um grupo de doentes que está a ser submetido a uma técnica de radioterapia, acabam por também fazer uma comparação com um grupo de controlo – ou seja, de pessoas que, apesar de terem a doença, não foram submetidas a qualquer tratamento. Porém, dos estudos que o fazem foi possível evidenciar algumas (25, 39) diferenças, nomeadamente na sintomatologia irritativa que aparece nos doentes que não realizam qualquer tratamento.

3.2.2 A radioterapia

A radioterapia, à semelhança da prostatectomia radical, é uma das armas terapêuticas com maior interesse no tratamento dos tumores clinicamente localizados.

A literatura que nós consultamos parece ser mais firme nas vantagens e desvantagens da prostatectomia radical do que com a radioterapia, este facto acaba por ficar demonstrado numa maior consistência dos resultados dos questionários aplicados aos doentes que realizaram um procedimento cirúrgico.

Parece haver um consenso relativo às alterações da função e do desconforto urinário (5, 10, 15, 16, 24, 30). De facto, as técnicas de radioterapia parecem provocar sintomas do tipo irritativo e obstrutivo como a disúria, hematúria, mas também a incontinência urinária (24, 39) que, como vimos anteriormente, parece ser um dos principais efeitos adversos da prostatectomia radical. Uma das justificações para que isto aconteça está relacionado com o efeito da radiação na bexiga podendo provocar cistites rádicas. O EPIC permite uma melhor clarificação das alterações urinárias na radioterapia (11, 16). No entanto, o I-PSS também parece ser uma boa ferramenta na avaliação destes efeitos (16).

No que diz respeito às alterações sexuais destes doentes, novamente, não há um padrão na bibliografia consultada que nos permita tirar conclusões relativamente aos efeitos adversos sexuais nestes doentes. As alterações sexuais são, como vimos no capítulo anterior, comuns no tratamento cirúrgico desta patologia. No entanto, alguns autores consideram que a diminuição da qualidade de vida sexual também se verifica na radioterapia (5, 10, 25, 28, 39), sendo que essas alterações são menos graves que a prostatectomia radical (11, 24, 33). Ou seja, apesar da diminuição da qualidade de vida específica à sexualidade esta é, geralmente, melhor que a da prostatectomia radical.

As técnicas de radioterapia parecem afetar com maior intensidade a qualidade de vida gastrointestinal. A totalidade da bibliografia consultada que relata as alterações específicas da qualidade de vida na radioterapia chama à atenção a marcada diminuição da mesma em termos gastrointestinais (5, 11, 15, 24, 26, 28, 30, 33, 35, 38, 39). As principais queixas dos doentes que acabam por ter uma diminuição da qualidade de vida gastrointestinal estão relacionadas com perdas hemáticas, incontinência fecal e diarreia.

A diminuição da qualidade de vida gastrointestinal parece afetar a qualidade de vida geral dos doentes que são submetidos a radioterapia da mesma maneira que a incontinência urinária e a diminuição das capacidades sexuais afetam a qualidade de vida daqueles que realizaram uma prostatectomia radical (7).

Nos capítulos anteriores referimos que a qualidade de vida era afetada sobretudo nos primeiros meses após o tratamento. Também na radioterapia há um comportamento semelhante nos dados que consultamos (5, 10-12, 16, 30, 32, 35, 27). De facto, há uma recuperação de todos os aspetos avaliados nos questionários de qualidade de vida específica. Esta recuperação é mais evidente entre os três e os seis meses e atinge um período de estabilidade que geralmente se situa nos 12 meses após tratamento.

O comportamento após os 12 meses é que, geralmente, difere daquele que é observado na prostatectomia radical. A intervenção cirúrgica acaba por estabilizar quando é atingido o nível de recuperação máximo para determinado doente e que, geralmente, é inferior ao registado antes do tratamento. Por outro lado, o mesmo não se verifica na radioterapia em alguns dos artigos que avaliamos (32, 35, 37). Esta bibliografia sugere que após os 12 meses de tratamento começa a haver uma diminuição acentuada da qualidade de vida destes doentes. Esta pode ser uma diferença determinante entre os dois grupos terapêuticos.

No que diz respeito às diferenças entre a técnica de radioterapia externa e a braquiterapia são, ainda, poucos os artigos (5, 34, 39) que procuram comparar as duas técnicas entre si ou com a

cirurgia. Apesar de a nossa amostra ser curta, parece-nos que a braquiterapia é, globalmente, uma terapêutica que é mais agressiva para a qualidade de vida (34, 39) nomeadamente nos piores resultados nos domínios sexual, mas também na sintomatologia irritativa e gastrointestinal. A braquiterapia é uma técnica que não está aconselhada em doentes com cancro da próstata de alto risco.

Segundo a *Nice Clinical Guideline Prostate Cancer* de Fevereiro de 2008 (42), um doente com cancro da próstata clinicamente localizado deve receber um tratamento mínimo de 74 Gy para a próstata com um máximo de 2 Gy por fração. Segundo outros autores (17) uma dose entre 78 e 82 Gy está associada a um maior período de tempo sem recorrência bioquímica.

4. Discussão e conclusão

Sendo o cancro da próstata uma doença tão comum, e que afeta doentes em idades avançadas, é fundamental fazer uma ponderação das vantagens e desvantagens de todas as armas terapêuticas que possamos ter à nossa disposição. Apesar de todos os avanços tecnológicos que possam contribuir para o aumento da sobrevida destes doentes, os efeitos adversos existirão sempre.

É fundamental conhecer os resultados dos diferentes tratamentos à disposição de um médico que pretenda ter uma atitude curativa num doente com cancro da próstata. Aliás, de acordo com a literatura consultada, chegamos à conclusão de que é muito discutido no seio médico se a realização de uma terapêutica agressiva é a melhor opção para a maioria dos doentes com esta patologia. Dado que a maioria dos doentes tem idade geralmente superior a 60 anos, é de esperar que o tratamento possa diminuir a qualidade de vida do doente ou não aumentar a sua sobrevida. Isto é, muitos tumores prostáticos acabam por ter uma evolução indolente sem alterar muito o percurso normal de vida de um portador de cancro da próstata. Assim, os tratamentos com intuito curativo acabam por apenas ser propostos a doentes com uma esperança de vida superior a 10 anos.

Os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes a um período de análise entre 2009 e 2011 colocam a esperança média de vida de um homem português nos 76.43 anos. Como vimos nos capítulos anteriores, é frequente vermos artigos com uma amostra com idades médias superiores a 70 anos. Tratando-se sobretudo de uma população com tumores de baixo risco e clinicamente localizado será sempre aconselhável - antes de ponderar consequências para a qualidade de vida – pensar a aplicação das terapêuticas e considerar a vigilância ativa (43). Por vezes, a vigilância ativa acaba por ser a melhor opção e aquela que preserva a qualidade de vida dos pacientes.

No entanto, quando o médico se decide por uma abordagem cirúrgica ou de radioterapia em detrimento de uma atitude expectante e de vigilância torna-se fundamental darmos a conhecer ao nosso doente os possíveis efeitos adversos do tratamento. Dado que a sobrevida destas terapêuticas e o número médio de anos sem recorrência bioquímica são sobreponíveis, cremos que o principal fator de decisão deve basear-se na frequência de determinados efeitos secundários e na avaliação da qualidade de vida de doentes já submetidos a terapêuticas semelhantes em situações comparáveis.

Tal como foi referido anteriormente, a avaliação da qualidade de vida parece ter resultados diferentes consoante se faz uma abordagem de sintomas mais gerais – qualidade de vida geral – ou se foca em aspetos mais característicos da patologia prostática – qualidade de vida específica. Os estudos consultados realizaram a sua investigação em doentes com um estadiamento clínico sobretudo T1 (5, 11, 16, 29, 30, 35) e T2 (12, 32, 34, 37-39). Este parece ser um fator importante na previsão de alguns dos efeitos adversos. Estádios clínicos mais avançados (superior a T3), níveis de PSA e Gleason mais elevados parecem estar associados a piores resultados na qualidade de vida específica: diminuição da função urinária; aumento do desconforto urinário; e diminuição da função sexual (18). O estudo que fizemos reporta-se a tumores clinicamente localizados, que são a realidade que pretendemos conhecer melhor. Tumores com estadiamentos mais avançados têm abordagens terapêuticas completamente diferentes, que ficam, no entanto, de fora desta discussão.

De uma maneira semelhante, também a idade parece influenciar as alterações mais acentuadas da qualidade de vida. Isto é, quanto maior a idade do doente maior parece ser a probabilidade de este vir a desenvolver qualquer tipo de comorbilidades (21). O autor que defende esta teoria procura descrever os principais efeitos adversos nos 30 primeiros dias de tratamento. Neste estudo conclui-se que os doentes que realizam prostatectomia radical têm mais efeitos adversos, apesar de os doentes que compõem o grupo da radioterapia serem mais velhos e

terem mais comorbilidades. Por tudo isto, é fundamental que os tratamentos apenas se apliquem a doentes com mais de 10 anos de esperança de vida. De facto, quanto mais idoso é o paciente, maior é a probabilidade de se verificarem mais efeitos secundários.

A ideia que prevalece das leituras afetuadas ao longo deste estudo é a de que, relativamente ao cancro da próstata localizado, cada paciente é um caso. O médico precisa de avaliar cada doente individualmente e de adaptar o seu conhecimento das terapêuticas, uma vez que tanto a idade como a existência de comorbilidades pode ser fator condicionante da aplicação de determinado tratamento.

A bibliografia em que nos apoiámos para fazer esta revisão de literatura dá particular atenção à qualidade de vida em termos gerais. Os artigos consultados não parecem apontar alterações significativas na qualidade de vida geral dos doentes quando submetidos a prostatectomia radical ou a radioterapia, ou seja, as duas terapêuticas parecem afetar de igual forma a qualidade de vida em termos genéricos. Alguma da literatura apresenta diferenças estatísticas entre os tratamentos, referindo que, quando existem alterações na qualidade de vida geral, esta parece ser mais afetada em pacientes que são submetidos a radioterapia.

No caso da qualidade de vida específica, as diferenças entre os tratamentos são mais profundas e evidentes.

Com base nas leituras afetuadas, é-nos possível concluir que os doentes que realizam prostatectomia radical são mais frequentemente afetados a nível sexual e urinário, fundamentalmente no que se refere a alterações da continência. Estes doentes têm queixas frequentes de incontinência urinária e de disfunção sexual. No que diz respeito aos doentes que realizam radioterapia, é de salientar que as principais diferenças se devem a disfunções do foro urinário e gastrointestinal. Também estes doentes parecem ter a sua função sexual afetada. À semelhança dos doentes cirúrgicos, os pacientes submetidos a radioterapia têm

frequentemente alterações urinárias. No entanto, os doentes que realizam radioterapia acabam por ter mais queixas do tipo obstrutivo ou irritativo.

Os resultados apontam para a conclusão de que a qualidade de vida geral é semelhante em ambos os tratamentos, à semelhança do que acontece com a recidiva bioquímica e com a sobrevida. Ainda assim, as consequências das terapêuticas podem diminuir a qualidade de vida específica dos doentes. As alterações daí decorrentes são sobretudo evidentes nos primeiros meses após os tratamentos, sendo que os pacientes recuperam e atingem a estabilização até aos 12 meses após o tratamento.

Uma das falhas que encontrámos na literatura relaciona-se com a avaliação da qualidade de vida a longo prazo, que é rara. Uma pista para investigações futuras poderia ser a avaliação sistemática de pacientes submetidos a radioterapia ou prostatectomia radical, numa tentativa de avaliar a qualidade de vida a longo prazo e de contribuir para o aumento da literatura nesta área. Esta avaliação é fundamental para que se possa distinguir as alterações relacionadas com os tratamentos e aquelas proporcionadas pelo envelhecimento natural de uma população que por si só já é envelhecida.

A avaliação da qualidade de vida dos pacientes com cancro da próstata clinicamente localizado é difícil de fazer, uma vez que os estudos realizados muitas vezes não são sequer comparáveis. Há diferenças substanciais nas investigações consultadas, nomeadamente no que se refere ao tamanho das amostras recolhidas. Uma outra falha nos artigos que contribui para a difícil avaliação da qualidade de vida prende-se com o facto de que um grande número de estudos avalia a qualidade de vida dos pacientes no pós-tratamento sem nunca ter feito uma avaliação antes das intervenções – sejam elas a cirúrgica ou a radioterapia. Por este motivo, torna-se difícil avaliar com confiança o grau da qualidade de vida após a terapêutica quando não existe um termo de comparação no período anterior aos tratamentos. Diferenças

importantes entre os grupos estudados podem já estar presentes nesse momento, podendo influenciar fortemente a interpretação.

Relativamente às ferramentas usadas na interpretação da qualidade de vida, há um predomínio de determinados questionários, o que facilita a comparação de resultados. No entanto, há ainda um grande número de grupos de investigação que faz uma avaliação com questionários e métodos pouco comuns. Seria fundamental haver uma uniformização dos métodos para que os autores pesquisassem da mesma maneira as alterações da qualidade de vida, o que poderia contribuir para uma generalização dos resultados.

Há ainda outros aspetos que nos parecem pouco claros e poucos estudados. À semelhança de outras dificuldades já descritas, a comparação entre as várias técnicas terapêuticas é dificultada pelo facto de as realidades a comparar não serem as mesmas. Por exemplo, há alguns estudos que se focam em determinadas particularidades das técnicas cirúrgicas, como a poupança de nervos com o intuito de melhorar a função sexual do doente. Muitas vezes, a qualidade de vida dos doentes que são submetidos a esta técnica é avaliada da mesma maneira que a de um doente que não é submetido à técnica de poupança dos nervos, o que pode introduzir alterações nos dados colhidos.

Tal como se fazem estudos para compreender as diferenças entre a qualidade de vida de um doente submetido a prostatectomia radical e outro que realiza radioterapia, o mesmo deveria ser feito para as diferentes técnicas de radioterapia. Neste momento, existe uma lacuna ao nível da literatura científica, que não faz estudos comparativos entre as diferentes técnicas de radioterapia, mas sim entre a radioterapia e a cirurgia. Não sabemos quais são as principais diferenças entre as fontes externas de radiação e a braquiterapia ou se os resultados ao nível da qualidade de vida dos pacientes são semelhantes. Deparamo-nos com um vazio na literatura, que valeria a pena preencher em investigações futuras de forma a podermos ter uma

noção mais abrangente dos diferentes tipos de técnicas de radioterapia e o seu impacto na vida dos doentes.

De igual modo, é pouco frequente encontrar artigos científicos que avaliem a qualidade de vida dos doentes com cancro da próstata localizado que rejeitam qualquer terapêutica, optando assim pela vigilância ativa. Este é um aspeto interessante e fundamental para que se possa compreender se, a longo prazo, a vigilância ativa acaba por ser mais benéfica ao nível da qualidade de vida dos pacientes.

Com base no que foi dito nos capítulos anteriores, as nossas conclusões apontam no sentido de não existirem diferenças ao nível da qualidade de vida geral entre doentes que realizam prostatectomia radical e aqueles que são submetidos a tratamentos com radioterapia. No caso da qualidade de vida específica, as diferenças são mais acentuadas.

Podemos afirmar que há ainda muitas falhas na literatura no que se refere ao cancro da próstata e à qualidade de vida dos pacientes, pelo que deixamos aqui algumas pistas para estudos futuros. Parece-nos necessário aumentar a bibliografia nesta área e realizar estudos mais longos em termos temporais.

Um dos aspetos que sublinhamos, e que nos parece fundamental que seja realizado, é o facto de o doente compreender todos os efeitos secundários a que pode estar sujeito consoante o tratamento que escolha. Sendo uma patologia que afeta fundamentalmente doentes idosos, é necessário ter em conta as comorbilidades do doente, de modo a que este sofra menos com o tratamento que se pretenda aplicar. Qualquer terapêutica oferece excelentes resultados na sobrevida quando o tumor é detetado em fases precoces e clinicamente localizadas. Ressalvamos ainda a hipótese de se realizar uma vigilância ativa, rejeitando qualquer tratamento invasivo. Esta opção, apesar de ainda não ser objecto de muito estudo, parece ser aceitável quando o paciente é idoso e não tem mais de 10 anos de esperança de vida.

5. Referências bibliográficas

- 1- Cancro da Próstata [internet]. Publicado 2010 Abril, citado 2012 Outubro. Disponível em: <http://www.apurologia.pt/>
- 2- Vickers, A, Roobol, M, Lilja, H. Screening for Prostate Cancer: Early Detection or Overdetection?. *Annual Review of Medicine*. 2012; 63: 161-170
- 3- Gomella L, Liu X, Trabulsi E, Kelly Wm, Myers R, Showalter T, Dicker A., Wender, R. Screening for prostate cancer: the current evidence and guidelines controversy. *The Canadian Journal of Urology*. 2011; 18(5):5875-5883.
- 4- Waldmann A, Rohde V, Bremner K, Krahn M, Kuechler T, Katalinic, A. Measuring prostate-specific quality of life in prostate cancer patients scheduled for radiotherapy or radical prostatectomy and reference men in Germany and Canada using Patient-Oriented Prostate Utility Scale-Psychometric (PORPUS-P). *BMC cancer*. 2009, 9:295.
- 5- Ferrer M, Suárez J, Guedea F, Fernández P, Macías V, Mariño A, Hervas A, Herruzo I, Ortiz MJ, Villavicencio H, Craven-Bratle J, Garin O, Aguiló F. Health-related quality of life 2 years after treatment with radical prostatectomy, prostate brachytherapy, or external beam radiotherapy in patients with clinically localized prostate cancer. *Int. J.f Radiation Oncology Biol. Phys.* 2008 72(2), 421-432.
- 6- Miller DC, Sanda MG, Dunn RL, Montie JE, Pimentel H, Sandler HM, McLaughlin WP, Wei JT. Long-term outcomes among localized prostate cancer survivors: health-related quality of life changes after radical prostatectomy, external radiation, and brachytherapy. *J Clin Oncol*. 2005 23:2772-2780.
- 7- Wyler S, Engeler D, Seelentag W, Schmid H. Health related quality of life after radical prostatectomy and low-dose-rate brachytherapy for localized prostate cancer. *Urol Int*. 2009 82:17-23.

- 8- Litwin MS, Hays RD, Fink A, Ganz PA, Leake B, Brook RH. The UCLA prostate cancer index development, reliability, and validity of a health-related quality of life measure. *Medical Care*. 1998 36(7), 1002-1012.
- 9- Rodrigues G, Warde P, Pickles T, Crook J, Brundage M, Souhami L, Lukka H. Pre-treatment risk stratification of prostate cancer patients: a critical review. *Can Urol Assoc J*. 2012; 6(2):121-7
- 10- Krahn MD, Bremmer KE, Tomlinson G, Naglie G. Utility and health-related quality of life in prostate cancer patients 12 months after radical prostatectomy or radiation therapy. *Prostate cancer and prostatic diseases*. 2009 12, 361-368.
- 11-** Gragicovic S, Naumovic T, Soldatovic I, Micic S, Tulic C, Pekmezovic T. Evaluation of health-related quality of life in patients with prostate cancer after treatment with radical retropubic prostatectomy and permanent prostate brachytherapy. *Uro Int*. 2010;85:173-179.
- 12- Kobuke M, Saika T, Nakanishi Y, Ebara S, Manabe D, Uesugi T, Nose H, Arata R, Tsushima T, Nasu Y, Kumon H. Prospective longitudinal comparative study of health-related quality of life in patients treated with radical prostatectomy or permanent brachytherapy for prostate cancer. *Acta Med Okayama*. 2009 Jun; 63(3): 129-35
- 13- González C, Herranz F, Alvarez A, Cuesta P, Gómez M, Paños E, Santos JA. Radical prostatectomy versus external-beam radiotherapy for localized prostate cancer: long term effect on biochemical control-in search of the optimal treatment. *Ann Surg Oncol*. 2011 Oct; 18(10):2980-7
- 14- Boorkian SA, Karnes RJ, Viterbo R, Rangel LJ, Bergstralh EJ, Horwitz EM, Blute ML, Buyyounouski MK. Long-term survival after radical prostatectomy versus external-beam radiotherapy for localized prostate cancer: long-term effect on

- biochemical control-in search of the optimal treatment. *Ann Surg Oncol*. 2011 Oct; 18(10):1980-7.
- 15- Crook J, Gomez-Iturriaga G, Wallace K, Ma C, Fung S, Alibhai S, Jewett M, Fleshner N. Comparison of health-related quality of life 5 years after SPIRIT: Surgical Prostatectomy Versus Interstitial Radiation Intervention Trial. *J Clin Oncol*. 2011 Feb 1;29(4):362-8.
- 16- Namiki S, Satoh T, Baba S, Ishiyama H, Hayakawa K, Saito S, Arai Y. Quality of life after brachytherapy or radical prostatectomy for localized prostate cancer: a prospective longitudinal study. *Urology*. 2006 68: 1230-1236
- 17- Mendenhall W, Nichols R, Henderson R, Mendenhall N. Is radical prostatectomy the 'Gold Standard' for localized prostate cancer?. *Am J Clin Onc*. 2010;33: 511-515
- 18- Gacci M, Lapinii A, Serni S, Livi L, Paiar F, Detti B, Simontacchi G, Vittori G, Giubilei G, Mariani M, Palli D, Carini M. Predictors of quality of life after radical treatment for prostate cancer. *Urol Int*. 2008;80:231-236
- 19- D'Amico A, Crook J, Beard C, DeWeese T, Hurwitz M, Kaplan I. Radiation Therapy for Prostate Cancer. 10th ed. *Campbell-Walsh Urology*; 2012. Chapter 104; p. 2864.
- 20- Paulson DF, Lin GH, Hinshaw W. Radical surgery versus radiotherapy for adenocarcinoma of the prostate. *J Urol*. 1982;128:502-5 in González C, Herranz F, Alvarez A, Cuesta P, Gómez M, Paños E, Santos JA. Radical prostatectomy versus external-beam radiotherapy for localized prostate cancer: long term effect on biochemical control-in search of the optimal treatment. *Ann Surg Oncol*. 2011 Oct; 18(10):2980-7
- 21- Alibhai SM, Leach M, Warde P. Major 30-day complications after radical radiotherapy: a population-based analysis and comparison with surgery cancer. *Cancer*. 2009;115:293-302.

- 22- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring Health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*. 1993;188:622-629.
- 23- Osoba, D. Health-related quality of life and cancer clinical trials. *Ther Adv Med Oncol*. 2011 3(2):57-71.
- 24- Litwin MS, Hays RD, Fink A, Ganz PA, Leake B, Leach GE, Brook RH. Quality-of-life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *JAMA*. 1995 273:129-135.
- 25- Kyrдалen AE, Dahl AA, Hernes E, Smastuen MC, Fossa SD. A national study of adverse effects and global quality of life among candidates for curative treatment for prostate cancer. *BJU Int*. 2012 DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11198.x.
- 26- Madalinska J, Essink-Bot M, Koning HJ, Kirkels W, Van der Maas PJ, Schröder F. Health-related quality-of-life effects of radical prostatectomy and primary radiotherapy for screen-detected or clinically diagnosed localized prostate cancer. *J Clin Oncol*. (2001) 19:1619-1628
- 27- Takizawa I, Hara N, Nishiyama T, Kaneko M, Hoshii T, Tsuchida E, Takahashi K. Oncological results, functional outcomes and health-related quality-of-life in men who received a radical prostatectomy or external beam radiation therapy for localized prostate cancer: a study on long term patient outcome with risk stratification. *Asian Journal of Andrology*. 2009 11:283-290.
- 28- Brassell SA, Elsamanoudi SI, Cullen J, Williams ME, McLeod DG. Health-related quality of life for men with prostate cancer-an evaluation of outcomes 12-24 months after treatment. *Urol Oncol*. 2012 doi:10.1016/j.urolonc.2012.04.008
- 29- Gugliotta A, Ferreira U, Reis OL, Mathhheeeus WE, Denardi F, Manprim R, Piccolotto AME. Análisis de satisfacción en varone que presentaban cáncer de próstata localizado tratados con prostatectomía radical o radioterapia: Aspectos psicológicos y sociales. *Actas urológicas españolas* 2008;32(4):411-416.

- 30- Hashine K, Yuasa A, Shinomori K, Ninomiya I, Kataoka M, Yamashita N. Health-related quality of life after radical retropubic prostatectomy and permanent prostate brachytherapy: a 3-year follow-up study. *Int J Urol*. 2011 Dec;18(12):813-9.
- 31- Daskivich TJ, Van de Poll-Franse LV, Kwan L, Sadetsky N, Stein DM, Litwin MS. From bad to worse: comorbidity severity and quality of life after treatment for early-stage prostate cancer. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases* (2010) 13, 320-327.
- 32- Lubeck DP, Litwin MS, Henning JM, Stoddard ML, Flanders SC, Carroll PR. Changes in health-related quality of life in the first year after treatment for prostate cancer: results from CaPSURE. *Urology*. 1999 53: 180-186.
- 33- Davis JW, Kuban D, Lynch DF, Schellhammer PF. Quality of life after treatment for localized prostate cancer: differences based on treatment modality. *The Journal of Urology*. 2001 Vol. 166, 947-952.
- 34- Wei JT, Dunn RL, Sandler HM, McLaughlin PW, Montie JE, Litwin MS, Nyquist L, Sanda MG. Comprehensive comparison of Health related quality of life after contemporary therapies for localized prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2002 20:557-566.
- 35- Hashine K, Kusuhara Y, Miura N, Shirato A, Sumiyoshi Y, Kataoka M. A prospective longitudinal study comparing a radical retropubic prostatectomy and permanent prostate brachytherapy regarding the health-related quality of life for localized prostate cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2008;38(7)480-485.
- 36- Morton G, Loblaw D, Chung H, Tsang G, Sankrecha R, Deabreu A, Zhang L, Mamedov A, Cheung P, Batchelar D, Danjoux C, Szumacher E. Health-Related Quality of Life After Single-Fraction High-Dose-Rate Brachytherapy and Hypofractionated External Beam Radiotherapy for Prostate Cancer. *Int J of Radiation Oncology Biol. Phys*. 2011 Vol.80(5), pp.1299-1305.

- 37- Litwin SM, Flanders SC, Pasta DJ, Stodard ML, Lubeck DP, Henning JM. Sexual function and bother after radical prostatectomy or radiation for prostate cancer: multivariate quality-of-life analysis from CaPSURE. *Urology*. 1999 54: 503-508.
- 38- Korfage I, Essink-Bot M, Borsboom G, Madaliska J, Kirkels W, Habbema J, Schröder F, Koning H. Five-year follow-up of health related quality of life after primary treatment of localized prostate cancer. *Int J Cancer*. 2005 116: 291-296.
- 39- Miller D, Sanda M, Dunn R, Montie J, Pimentel H, Sandler H, McLaughlin W, Wei J. Long-term outcomes among localized prostate cancer survivors: health-related quality of life changes after radical prostatectomy, external radiation, and brachytherapy. *J Clin Oncol*. 2005 20;23(12):2772-80
- 40- Wei, JT., Dunn, RL., Litwin, MS., Sandler, HM., Sanda, MG. Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology*. 2000 56: 899-905.
- 41- Efficace F, Bottomley A, Osoba D, Gotay C, Flechtner H, D'haese S, Zurlo A. Development of health-related quality-of-life (HRQOL) measures: a checklist for evaluating HRQOL outcomes in cancer clinical trials – does HRQOL evaluation in prostate cancer research inform clinical decision making? *J Clin Oncol*. 2003: 21:3502-3511
- 42- National Institute for Health and Clinical Excellence – Prostate cancer, diagnosis and treatment [internet]. Publicado 2008 Fevereiro, citado 2012 Outubro. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG58NICEGuideline.pdf>
- 43- Instituto Nacional de Estatística – esperança de vida à nascença [internet]. Publicado em 2012 Maio, citado 2012 Outubro. Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=001724&contexto=bd&selTab=tab2

6. Anexos