

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM  
CÂNCER DE PRÓSTATA NO AMBULATÓRIO DE  
ONCOGERIATRIA DO IMIP**

**Quality of life assessment in elderly patients with prostate cancer in  
Geriatric Oncology service from IMIP**

**Camilla Maria Guimarães Augusto<sup>1</sup>, Maria Eduarda da Silva e Sá<sup>1</sup>, Victória Maria Cavalcante Macedo<sup>1</sup>, Coeli Regina Ximenes<sup>2</sup>, Jurema Telles Lima de Oliveira<sup>2</sup>, Maria Júlia Gonçalves de Mello<sup>2</sup>, Diogo Feitosa Sales<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Faculdade Pernambucana de Saúde. Rua Jean Émile Favre, 422 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP: 51200-060.

<sup>2</sup> Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Rua dos Coelhoos, 300 – Boa Vista, Recife – PE. CEP: 50070-550.

**Reconhecimento de apoio ao estudo:** Fundo de Apoio a Pesquisa e Ensino do IMIP

**Autor correspondente:** Camilla Maria Guimarães Augusto

Rua Coronel Anizio Rodrigues Coelho, 508 – Boa Viagem, Recife – PE. CEP 51021-130;

## RESUMO EXPANDIDO:

**Introdução:** Os avanços da medicina e a melhoria das condições de saúde repercutem no sentido de elevar a média da expectativa de vida da população. Diante da relação direta entre o envelhecimento e o aumento da incidência de câncer, cresceu a preocupação com os efeitos colaterais dos tratamentos e a repercussão na vida dos pacientes idosos. O câncer de próstata, mais prevalente entre os homens, tem um curso natural com sobrevida prolongada e baixa mortalidade, corroborando na necessidade de manter o bem-estar físico e mental do paciente. Diante disso, a importância de avaliar a qualidade de vida reflete na escolha da conduta terapêutica compartilhada entre pacientes e profissionais de saúde, na qual se deve considerar as peculiaridades geriátricas, a idade, estado de saúde, adversidades do tratamento, estadiamento do tumor, evolução da doença e, principalmente, a perspectiva do paciente a fim de preservar a qualidade de vida. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos com câncer de próstata antes e após seis meses de tratamento. **Método:** Esses dados foram obtidos a partir de uma coorte prospectiva, realizada no ambulatório de Oncogeriatría do IMIP. Aplicou-se na admissão e após seis meses de tratamento, um instrumento de coleta QLQ-C30 para avaliação da qualidade de vida desses pacientes. A partir desses dados, foram produzidas escalas de escores convertidas em valores de 0 a 100 sobre qualidade de vida de saúde global, funções física, cognitiva, emocional e social, principais sintomas e problemas financeiros, que foram comparadas e analiticamente estudadas, adotando-se nível de significância menor que 0,05. **Resultados:** Foram analisados dados de 94 pacientes com idade entre 61 e 89 anos (média=72,4). A maioria tinha renda e escolaridade baixas (até 3 salários mínimos e menos de 4 anos de estudo) 74,4% e 68%, respectivamente e residiam no interior de Pernambuco (65,9%), o que poderia influenciar em alguma dificuldade de acesso ao serviço. Das variáveis clínicas, o tipo de estadiamento mais encontrado foi risco intermediário (45,7%) e a terapia de privação androgênica (TPA) foi a mais instituída (70,2%). **Conclusão:** Houve preservação da qualidade de vida dos pacientes estudados, após seis meses de tratamento com a TPA, evidenciando com isso que os benefícios são superiores aos riscos com relação à terapia abordada, exceto em relação à deterioração da função cognitiva e intensificação da dispneia.

**Palavras-chave:** Câncer de próstata, Hormonioterapia, Idosos, Qualidade de Vida, Tratamento, Terapia de Privação de Androgênica (TPA).

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida em pacientes idosos com câncer de próstata após seis meses de tratamento. **Métodos:** Estudo inserido em uma coorte prospectiva, na qual foram analisados dados de 94 pacientes com câncer de próstata com idade entre 61 e 89 anos (média=72,4), através da aplicação do questionário QLQ-C30 na admissão e após seis meses de tratamento. **Resultados:** A maioria tinha renda e escolaridade baixas e residiam no interior de Pernambuco. Das variáveis clínicas, 45,7% tinham estadiamento com risco intermediário e a terapia de privação androgênica (TPA) foi a mais instituída (70,2%). Não foi evidenciada modificação da qualidade de vida global nem dos outros domínios, exceto pelo agravamento da cognição e dispneia ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Encontraram-se alterações estatisticamente significativas na função cognitiva e dispneia de pacientes após seis meses de tratamento, o que poderia ser explicado pela TPA instituída à maioria. Entretanto, foi encontrado apenas um registro na literatura que envolve a TPA e a dispneia, ressaltando a necessidade de estudos mais extensos sobre esse aspecto. Apesar disso, não houve modificação da qualidade de vida global desses pacientes, portanto, a tomada de decisão sobre a realização da TPA deve ser influenciada pelo contexto clínico do paciente, assim como idade, comorbidades e perspectiva da evolução da doença.

**Palavras-chave:** Câncer de próstata, Hormonioterapia, Idosos, Qualidade de Vida, Tratamento, Terapia de Privação de Androgênica (TPA).

## ABSTRACT

**Objectives:** The quality of life assessment in elderly patients with prostate cancer during six months of treatment. **Methods:** This study is from a prospective cohort, in which the sample was 94 patients with prostate cancer and age between 61 and 89 years (mean=72.4 years), through the application of the questionnaire QLQ-C30 in the baseline and after six months of treatment. **Results:** Most of patients (65.9%) are from countryside, about years of education 68.8% studied only for four years or less, as well 62.7% are smokers and 74.4% have the income below three minimum wages. About the clinical variable, most of patients had intermediate risk (45.7%), 31.9% high risk, 20.2% metastasis and 2.1% low risk as for type of treatment the more established was androgen deprivation therapy (ADT) (70.2%), followed by radiotherapy (53.1%) and chemotherapy (3.1%). **Conclusion:** Regarding the average quality of life, there weren't significantly changes in global health, except a damage of cognition function and a worse of dyspnea which could be explained through the association with ADT, however, some deeper studies are required. Despite this, the keeping of quality's life, at least during six months, showed that the decision about ADT must be influenced by the clinic condition of the patient, as the age, comorbidities and expectation about disease's evolution.

**Keywords:** Androgen Deprivation Therapy, Prostate Cancer, Quality of life assessment, Treatment.

## 1. INTRODUÇÃO

Devido aos avanços da medicina e melhorias nas condições gerais de vida, a média da expectativa de vida global, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, aumentou aproximadamente cinco anos entre 2000 e 2015<sup>1</sup>. No Brasil, por exemplo, a expectativa de vida vem aumentando progressivamente de 45,5 anos de idade (em 1940), para 72,7 anos (em 2008) e segundo a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,3 anos<sup>2</sup>.

A relação direta entre o processo de envelhecimento e a carcinogênese explicaria o aumento na incidência de neoplasias, demonstrado pelo fato de que mais de 60% dos pacientes com câncer terem 65 anos ou mais<sup>3</sup>. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o câncer é a segunda principal causa de morte nas Américas, estimando-se que, por ano, 2,8 milhões de pessoas são diagnosticadas e, 1,3 milhões morrem em decorrência dessa doença, constituindo um grande problema de saúde pública<sup>4</sup>.

No Brasil, excluindo-se a neoplasia de pele, o câncer de próstata é o mais prevalente entre os homens, correspondendo a cerca de 10% do total de cânceres. Devido à baixa letalidade, é frequente que haja um longo período entre o diagnóstico e o curso natural da doença<sup>5</sup>, ou seja, o processo da doença implica em uma experiência extenuante que pode resultar em consequências físicas e psicológicas, em longo prazo, para o paciente.

Apesar da elevada incidência, cerca de 80% dos homens com 80 anos de idade com câncer de próstata morre em decorrência de outras causas que não a doença neoplásica, o que demonstra a baixa letalidade com o avanço da idade<sup>6</sup>. Para o tratamento do paciente oncológico deve-se considerar aspectos gerais do seu contexto, estado geral de saúde, o estadiamento do câncer, o objetivo e efeitos adversos do tratamento a ser empregado e a perspectiva do paciente sobre a evolução da neoplasia.

O Grupo de Qualidade de Vida, criado pela OMS, definiu qualidade de vida como sendo uma percepção do indivíduo em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, considerando a subjetividade da concepção holística do paciente. Enquanto que, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) envolve um conceito multidimensional que aborda diversos domínios como os sintomas relacionados à doença e ao tratamento e a função cognitiva, física, emocional e sexual, auxiliando no manejo clínico e esclarecendo as consequências, a curto e a longo prazo, da conduta terapêutica.<sup>8</sup>

É importante enfatizar que a proposta principal do manejo terapêutico deve ser não apenas fornecer a qualidade de vida, mas uma vida com qualidade para esses pacientes.<sup>10</sup> Os efeitos adversos do tratamento do câncer de próstata têm sido bem descritos na literatura, como a disfunção intestinal, sexual e urinária, depressão e ansiedade entre outros, diferenciando-se de acordo com cada tipo de tratamento instituído.<sup>31</sup>

Nesse sentido, o cálculo das medidas através de escores nos mostra a importância de preservar o bem-estar do paciente, em contraste com o prolongamento da sobrevida sem qualidade<sup>9</sup>. Existem vários instrumentos que avaliam a qualidade de vida e um deles validado em língua portuguesa, o questionário da European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core30 (EORTC QLQ-C30), que mede a QVRS de pacientes com câncer de uma forma geral e é um dos mais comumente utilizados<sup>11</sup>

Apesar de muitos estudos compararem as repercussões dos diferentes tratamentos na QVRS, a maioria não possui uma avaliação pré-tratamento que é fundamental para verificar o impacto da intervenção na vida desses pacientes oncológicos<sup>15,29-30</sup>. Por essa razão, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos com câncer de próstata, antes e após seis meses de tratamento oncológico.

## 2. MÉTODOS

Estudo no qual os dados foram obtidos a partir de uma coorte prospectiva, realizada no ambulatório de Oncogeriatría do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, na cidade do Recife, Pernambuco, cuja coleta de dados foi no período entre 26 de Janeiro de 2015 a 9 de Maio de 2016.

A amostra foi composta por 94 pacientes atendidos no ambulatório do serviço de Oncogeriatría do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira que iniciaram o tratamento para a neoplasia de próstata (radioterapia, terapia de privação androgênica - TPA ou quimioterapia).

Para tal avaliação, foi usado como instrumento de coleta o questionário EORTC QLQ-C30, que mede a QRVS de pacientes com câncer de uma forma geral, sendo um dos mais comumente utilizados.<sup>23</sup> Após seis meses de acompanhamento dos pacientes que foram submetidos aos tipos de tratamento individualizados, o mesmo questionário foi reaplicado para estudo comparativo.

Para caracterizar a amostra, foram coletadas variáveis demográficas e socioeconômicas como idade, procedência, tabagismo, renda mensal e escolaridade. Além disso, variáveis clínicas como o tipo de tratamento instituído, que poderia ser quimioterapia, radioterapia ou terapia de privação androgênica (através do uso da droga Lectrum) e a estratificação do risco do câncer de próstata. A estratificação de risco foi calculada a partir do sistema de classificação de D'amico que prediz o risco de recorrência após o tratamento, utilizando parâmetros como o valor inicial de PSA, extensão do tumor primário e o escore de Gleason.<sup>28</sup>

Para avaliação da qualidade de vida, foi usado o QLQ-C30, no início do tratamento oncológico (linha de base) e para estudo comparativo, o mesmo questionário foi reaplicado após seis meses do tratamento., O QLC30 é composto por 30 questões: as cinco primeiras

envolvem a função física geral do paciente; as 23 seguintes versam sobre o bem-estar na última semana (sintomas respiratórios e intestinais, humor, cognição, dificuldade social e situação financeira) e finalmente duas escalas tipo Likert com sete opções (um para terrível e sete para ótimo) classificam a saúde geral e a qualidade de vida global durante a última semana.

De acordo com o QLQ-C30 foram avaliados os cinco domínios funcionais (função cognitiva, função física, saúde global, função emocional e social), três sintomas principais (fadiga, dor e náusea), uma escala de qualidade de vida global, sintomas comumente reportados por pacientes com câncer (dispneia, perda do apetite, insônia, constipação e diarreia) e a percepção do impacto financeiro pela doença. As respostas do questionário QLQ-C30 produziram escores das escalas avaliadas, convertidos em valores de 0 a 100. Tais valores elevados na escala funcional e de saúde global simbolizam uma boa qualidade de vida, enquanto que na escala dos sintomas representam o inverso, má qualidade de vida.<sup>11</sup>

Os dados foram digitados no programa EXCEL e analisados no Stata 12.1. Para cada variável foi obtida a correspondente distribuição de frequência. Com o propósito de identificar possíveis fatores adversos do ciclo de tratamento e avaliar a qualidade de vida dos pacientes da amostra, foi realizada uma análise univariada comparando o escore na admissão e após seis meses e foram consideradas significantes as variáveis com valor  $p < 0,05$ .

O presente estudo foi conduzido após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP, mediante protocolo 65494316.6.0000.5201 (CAAE). Todos os participantes só foram incluídos no estudo após assinatura do TCLE, respeitando os princípios éticos e a vontade de cada indivíduo em participar ou não do estudo.

### **3. RESULTADOS**

Participaram deste estudo 94 pacientes oncológicos idosos com câncer de próstata. A tabela 1 demonstra a distribuição das variáveis socioeconômicas e clínicas. Os extremos de

idade foram 61 e 89 anos com média de 72,5 anos. A maioria dos pacientes procedia do interior de Pernambuco (65,95%) e tinham menos de quatro anos de estudo (68,08%). A parcela da amostra total dos pacientes fumantes correspondeu a 62,76% e a maioria (74,44%) tinha renda total correspondente a até três salários mínimos.

Sobre o estadiamento do tumor e o tipo de tratamento, constatou-se que, no momento da coleta de dados 2,12% dos pacientes eram de baixo risco, 45,74% de risco intermediário, 31,91% de alto risco e 20,21% estágio clínico IV (17 pacientes com metástase óssea e 2 pacientes com metástase em linfonodos). O tratamento mais instituído foi a TPA (70,21%), seguido da radioterapia (46,80%) e quimioterapia (3,19%) havendo associação dos tratamentos para alguns pacientes e aproximadamente 15% realizaram radioterapia com TPA adjuvante.

A qualidade de vida através de pontuações obtidas na admissão e após seis meses de tratamento está demonstrada na tabela 2. Constatou-se que houve uma leve diminuição na qualidade de vida global, porém sem significância estatística. Outras variáveis que também demonstraram redução de seus valores foram saúde global, funções emocional, social, física e cognitiva, todavia sendo esta última a única estatisticamente significativa do grupo ( $p=0,216$ ;  $p=0,365$ ;  $p=0,584$ ;  $p=0,082$ ;  $p=0,001$  respectivamente)

A alteração entre os valores obtidos antes e após seis meses de tratamento com relação aos sintomas analisados, fadiga ( $p=0,958$ ), dor ( $p=0,604$ ), insônia ( $p=0,589$ ), apetite ( $p=0,663$ ), náusea ( $p=0,096$ ), constipação ( $p=0,555$ ) e diarreia ( $p=0,735$ ) foi estatisticamente não relevantes, exceto pela dispneia ( $p=0,02$ ).

#### **4. DISCUSSÃO**

Entre os pacientes estudados, a avaliação do início do tratamento e após um acompanhamento de seis meses não evidenciou modificação da qualidade de vida global nem em outros domínios considerados, exceto a função cognitiva e a dispneia quando analisado os sintomas. A função cognitiva foi determinada mediante perguntas que descrevem o desempenho multidimensional do cérebro em atividades que exigem concentração e memória<sup>8</sup>, enquanto que a dispneia representaria um possível sintoma associado aos efeitos adversos do tratamento.

Muitas ferramentas de coleta têm sido desenvolvidas especificamente para homens com câncer de próstata, sendo uma delas o EORTC QLQ-PR25, um módulo suplementar que aborda quatro domínios: função e atividade sexual, sintomas urinários, sintomas intestinais e sintomas relacionados ao tratamento. Apesar disso, utilizou-se para a realização desse trabalho o QLQ-C30 devido à sua abordagem mais ampla.<sup>22</sup>

O questionário usado como instrumento de coleta dessa pesquisa (QLQ-C30) é composto por cinco perguntas iniciais sobre a função física geral do paciente, 23 perguntas à respeito do bem-estar na última semana, envolvendo os sintomas intestinais e respiratórios, humor, cognição e comprometimento social e financeiro. E, por último, duas escalas de 1-7 (1 sendo péssima e 7 sendo ótima) para classificar a saúde geral e a qualidade de vida global durante a última semana.

Tendo em vista que os dados foram coletados a partir do serviço público de saúde (SUS), foi identificado que a maioria dos pacientes possui baixa renda (n=70) e escolaridade (n=62) e são do interior do estado (n=64), o que poderia influenciar em alguma dificuldade de acesso ao serviço. Além disso, observamos que mais da metade dos pacientes tinha idade entre 70 a 79 anos, ressaltando a intrínseca relação entre envelhecimento e o surgimento da doença.

A ausência de qualquer alteração significativa com relação à qualidade de vida global (que inclui todos os aspectos da qualidade de vida) tem respaldo em outros estudos longitudinais, de longo prazo, encontrados na literatura que propõem levar em consideração as preferências individuais dos pacientes na decisão do tratamento a ser instituído<sup>8-9</sup>. Com

isso, esse estudo fornece as bases para a tomada de decisão compartilhada e a probabilidade de preservar a qualidade de vida, independentemente da conduta terapêutica.

Considerando que os riscos de recidiva dos pacientes analisados foram: risco intermediário (45,74%) seguido de alto risco (31,91%), nos quais a terapia de privação androgênica (TPA) usualmente foi tratamento de escolha. E, ainda deve-se atentar para o fato de aproximadamente 15% dos pacientes estudados realizarem radioterapia e TPA adjuvante, intervenção geralmente escolhida para pacientes com prognóstico favorável<sup>18-24</sup>. Portanto, os efeitos da terapia de bloqueio hormonal podem estar relacionados com os achados significantes desse trabalho.

Com relação ao agravamento da função cognitiva resultado nesse estudo, alguns autores<sup>11-16</sup> sugerem que tal achado possa ser uma repercussão multifatorial da idade, comorbidades, estágio avançado da doença e principalmente efeitos colaterais do tratamento em pacientes submetidos ao bloqueio hormonal. Essa associação foi obtida a partir de coortes e revisão sistemática que correlacionam tanto a possibilidade do impacto direto da testosterona na cognição, bem como outras adversidades da TPA (fogachos, fadiga e anemia)<sup>10</sup> que aqui não foram relevantes.

Outro aspecto observado foi que a maioria dos pacientes apresentou uma intensificação significativa da dispneia ( $p < 0,05$ ), a partir do início do tratamento até seis meses após (escores de 1,76 e 7,09, respectivamente). São poucos os registros na literatura que expliquem essa relação, porém uma coorte de 55 pacientes em tratamento com radioterapia de intensidade modulada e TPA mostrou um efeito negativo imediato (após dois meses) na dispneia, insônia e função sexual<sup>18</sup>. Embora importante, as evidências não são suficientes para estabelecer essa explicação, necessitando de uma investigação mais detalhada e com uma amostra de pacientes maior.

No entanto, estudos sobre qualidade de vida que duraram alguns anos, demonstraram que pode haver piora nos domínios de incontinência urinária e função sexual a partir do quarto ano de tratamento<sup>8,17</sup>. Portanto, uma das nossas limitações foi o curto período de seis meses do estudo. Apesar disso, deve-se ressaltar a escassez na literatura de estudos

prospectivos que correlacionem a qualidade de vida com o tratamento do câncer de próstata para avaliação dos riscos e benefícios para os pacientes, corroborando com a importância do mesmo.

## 5. CONCLUSÃO

Esse estudo fornece informações sobre a qualidade de vida dos pacientes antes do início do tratamento e após um acompanhamento de seis meses, utilizando parâmetros de avaliação fornecidos pelo QLQ-C30. Além disso, através da categorização dos grupos com diferentes tipos de tratamento (radioterapia, quimioterapia e terapia de privação androgênica) e da diferenciação do estadiamento do tumor desses pacientes (baixo risco, risco intermediário, alto risco e estágio clínico IV) foi possível avaliar os possíveis efeitos adversos dos mesmos e dar suporte na decisão da conduta terapêutica a ser seguida.

Houve a preservação da qualidade de vida dos pacientes estudados, após seis meses de tratamento com a TDA, evidenciando com isso que os benefícios são superiores aos riscos com relação à terapia abordada, exceto em relação à deterioração da função cognitiva e intensificação da dispneia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global Health Observatory (GHO) Data WHO 2017. [Internet]. [Viewed 26 July 2017]. Available from: [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/situation\\_trends\\_text/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/).
2. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Coordenação de População e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa

- etária. Reviewed 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.
3. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Aging and cancer [Internet]. Conquer CANCER. United States. Approved by the Cancer.Net Editorial Board. 09/2016. Available from: <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/older-adults/aging-and-cancer>
  4. Opas incentiva vida mais saudável e políticas públicas para prevenir casos de câncer.[Internet]. Published 5 February 2016 [Viewed 25 October 2016] Available from: <https://nacoesunidas.org/opas-incentiva-vida-mais-saudavel-e-melhores-politicas-para-prevenir-um-terco-dos-casos-cancer>
  5. Baade PD, Youlden DR, Chambers SK. When do I know I am cured? Using conditional estimates to provide better information about câncer survival prospects. *Med J Aust.* 2011;194(2):73
  6. A. C. Camargo Cancer Center. Centro Integrado de diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa[Internet].[Viewed 25 October 2016]. Available from:<<http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/prostata/32/>>
  7. Conceito de saúde Segundo a OMS/WHO. Site Adm Medicina Tropical. [Internet]. 04/03/16 [Viewed 25 October 2016]. Available from: <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>
  8. Fayers P, Bottomley A. Quality of life research within the EORTC — the EORTC QLQ-C30. 2002;38.
  9. Yellen S, Cella DF, Leslie WT. Age and clinical decision making in oncology patients. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86:1766-70.
  10. Maio M Di, Perrone F. Quality of Life in elderly patients with cancer *World.* 2003;9 (figure 1): 1-10
  11. EORTC Quality of life. [Viewed 25 October 2016]. [Internet]. Available from:<<http://groups.eortc.be/qol/quality-life>>
  12. Olin JJ. Cognitive function after systematic therapy for breast cancer. *Oncology.* 2001;15(5):613-8.
  13. Bergman J, Laviana A. Quality-of-life assessment tools for men with prostate cancer. *Nat Publ Gr.* [Internet] [Viewed 26 July 2017]2014;11(6):3529 Available from:<<http://dx.doi.org/10.1038/nrurol.2014.101>>

14. Daniyal M, Siddiqui ZA, Akram M, Asif HM. MINI-REVIEW Epidemiology, Etiology. Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer. 2014;15:9575–8.
15. Ferrer M, Suárez JF, Guedea F, Fernández P, Macías V, Mariño A, et al. 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 Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;72(2):421–32
16. Punnen S, Cowan JE, Chan JM, Carroll PR, Cooperberg MR. Long-term Health-related Quality of Life After Primary Treatment for Localized Prostate Cancer : Results from the CaPSURE Registry. *Eur Urol*. 2015;68(4):600–8.[Internet] Available from: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2014.08.074>>
17. Ferrer M, Guedea F, Suárez JF, De Paula B, Macías V, Mariño A, et al. Quality of life impact of treatments for localized prostate cancer: Cohort study with a 5 year follow-up. *Radiother Oncol*. 2013;108(2):306–13. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.radonc.2013.05.038>>
18. Marchand V, Bourdin S, Charbonnel C, Rio E, Munos C, Campion L, et al. No Impairment of Quality of Life 18 Months After High-Dose Intensity-Modulated Radiotherapy for Localized Prostate Cancer: A Prospective Study. *Int J RadiatOncolBiolPhys*. 2010;77(4):1053–9.
19. D’Amico AV, Manola J, Loffredo M, et al. 6-month androgen suppression plus radiation therapy vs radiation therapy alone for patients with clinically localized prostate cancer: A random- ized controlled trial. *JAMA* 2004;292:821–827
20. Bolla M, Collette L, Blank L, et al. Long-term results with immediate androgen suppression and external irradiation in patients with locally advanced prostate cancer (an EORTC study): A phase III randomised trial. *Lancet* 2002;360: 103–106
21. Laverdiere J, Gomez JL, Cusan L, et al. Beneficial effect of combination hormonal therapy administered prior and follow- ing external beam radiation therapy in localized prostate cancer. *Int J RadiatOncolBiolPhys* 1997;37:247–252
22. Gonzalez BD Jim HS, Booth-Jones M, et al. Course and Predictors of Cognitive Function in Patients With Prostate Cancer Receiving Androgen-Deprivation Therapy: A Controlled Comparison. *J ClinOncol* 2015.
23. Nead KT, Gaskin G, Chester C, et al. Association Between Androgen Deprivation

- Therapy and Risk of Dementia. *JAMA Oncol* 2017; 3:49.
24. Alibhai SM, Breunis H, Timilshina N, et al. Impact of androgen-deprivation therapy on cognitive function in men with nonmetastatic prostate cancer. *J ClinOncol* 2010; 28:5030
  25. Khosrow-Khavar F, Rej S, Yin H, et al. Androgen Deprivation Therapy and the Risk of Dementia in Patients With Prostate Cancer. *J ClinOncol* 2017; 35:201.
  26. Nelson CJ, Lee JS, Gamboa MC, Roth AJ. Cognitive effects of hormone therapy in men with prostate cancer: a review. *Cancer* 2008; 113: 1097
  27. Chen, R. C., Basak, R., Meyer, A., Kuo, T., Carpenter, W. R., Agans, R. P., ... Godley, P. A. (2017). Association Between Choice of Radical Prostatectomy, External Beam Radiotherapy, Brachytherapy, or Active Surveillance and Patient-Reported Quality of Life Among Men With Localized Prostate Cancer, 27599, 1141–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.1652>
  28. Rodrigues, G., Warde, P., Pickles, T., Crook, J., Brundage, M., Souhami, L., & Lukka, H. (2012). Pre-treatment risk stratification of prostate cancer patients: A critical review. *Canadian Urological Association Journal*, 6(2), 121–127. <https://doi.org/10.5489/cuaj.11085>
  29. Wei JT, Dunn RL, Sandler HM, et al. Comprehensive comparison of health-related quality of life after contemporary therapies for localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2002;20: 557–566.
  30. Miller DC, Sanda MG, Dunn RL, et al. 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.
  31. Chambers Suzanne, Ng Kay Shu, Baade Peter, Aitken Joanne, Hyde Melissa, Wittert Gary, Frydenberg Mar, D. J. (n.d.). Trajectories of Quality of Life, Life Satisfaction and Psychological Adjustment after Prostate Cancer. <https://doi.org/10.1002/pon.4342>

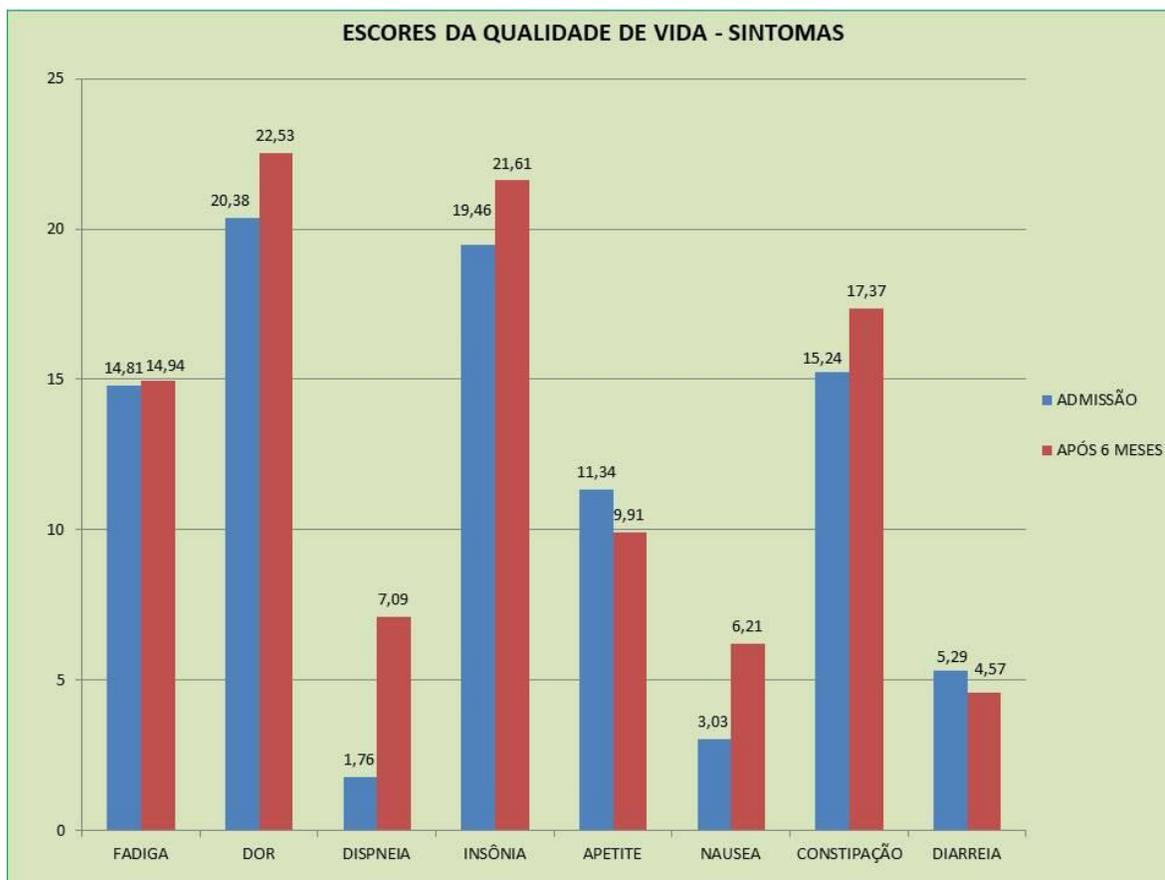
**Tabela 1 – Distribuição das características sócio econômicas e clínicas dos 94 pacientes com câncer de próstata acompanhados durante 6 meses na coorte de Oncogeriatría, IMIP no período de 26 de Janeiro de 2015 a 9 de Maio de 2016.**

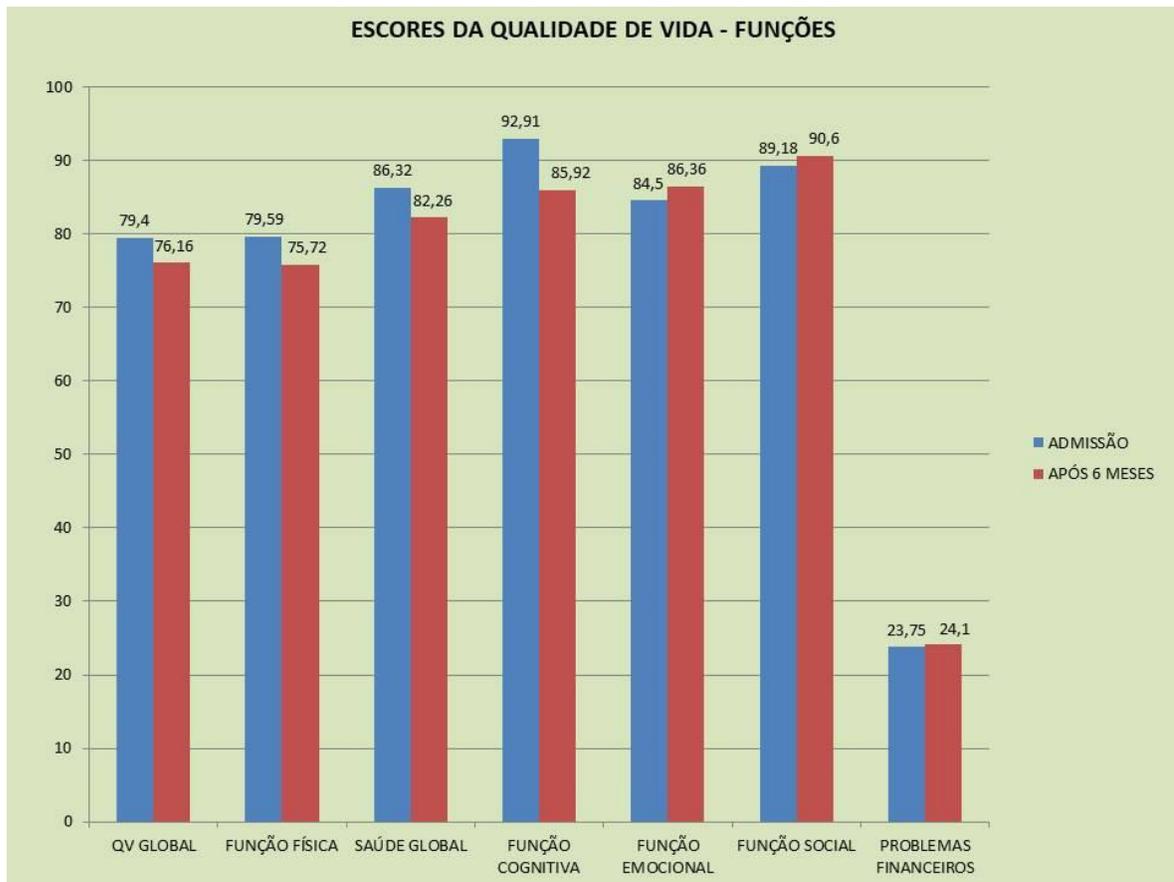
<b>Variáveis</b>	<b>Frequência absoluta N</b>	<b>Frequência relativa %</b>
<b>Socioeconômicas</b>		
<b>IDADE (anos)</b>		
60 a 69	30	31,91
70 a 79	48	51,06
≥ 80	16	17,02
<b>ORIGEM</b>		
R. METROPOLITANA DE RECIFE	32	34,04
□ INTERIOR – PE	62	65,95
<b>ESCOLARIDADE (anos)</b>		
≥ 4	30	31,91
< 4	64	68,08
<b>TABAGISMO</b>		
SIM	59	62,76
NÃO	35	37,23
<b>RENDA (salários mínimos)</b>		
≤ 3	70	74,44
> 3	24	25,53
<b>Clínicas</b>		
<b>ESTADIAMENTO DO TUMOR</b>		
BAIXO RISCO	2	2,12
RISCO INTERMEDIÁRIO	43	45,74
ALTO RISCO	30	31,91
ESTÁGIO CLÍNICO IV (METÁSTASE)	19	20,21
<b>TRATAMENTO</b>		
QUIMIOTERAPIA	3	3,19
RADIOTERAPIA	44	46,80
TPA	66	70,21
RADIOTERAPIA E TPA*	15	15,95

\*TPA = Terapia de privação androgênica

**Tabela 2 -Média, Desvio Padrão (DP), Intervalo de Confiança (IC95%) e probabilidade dos escores da qualidade de vida, na admissão e após 6 meses**

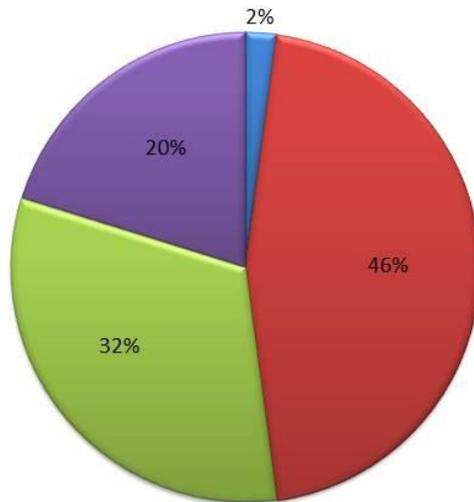
VARIÁVEIS	ADMISSÃO(DP)	APÓS 6 MESES (DP)	MÉDIA (IC95%)	P
<b>QV GLOBAL</b>	79,40(18,60)	76,16(17,54)	-3,24(-8,05 ; 1,56)	0,1836
<b>FUNÇÕES</b>				
<b>FUNÇÃO FÍSICA</b>	79,59(23,32)	75,72(24,56)	-3,87(-8,25 ; 0,51)	0,0829
<b>SAÚDE GLOBAL</b>	86,32(24,16)	82,26(30,40)	-4,06(-10,54 ; 2,41)	0,2164
<b>FUNÇÃO COGNITIVA</b>	92,91(21,79)	85,92(23,32)	-6,99(-11,12 ; - 2,85)	<b>0,0012</b>
<b>FUNÇÃO EMOCIONAL</b>	84,50(21,75)	86,36(18,38)	1,86(-2,19 ; 5,92)	0,365
<b>FUNÇÃO SOCIAL</b>	89,18(22,48)	90,60(22,03)	1,42(-3,73 ; 6,59)	0,5849
<b>SINTOMAS</b>				
<b>FADIGA</b>	14,81(20,95)	14,94(22,08)	0,13(-4,74 ; 4,99)	0,9586
<b>DOR</b>	20,38(29,92)	22,53(33,17)	2,15(-6,05 ; 10,35)	0,6043
<b>DISPNEIA</b>	1,76(11,30)	7,09(20,11)	5,33(0,81 ; 9,84)	<b>0,0213</b>
<b>INSÔNIA</b>	19,46(32,58)	21,61(34,49)	2,15(-5,72 ; 10,02)	0,5893
<b>APETITE</b>	11,34(25,21)	9,91(26,69)	-1,43 (-7,91 ; 5,06)	0,6637
<b>NÁUSEA</b>	3,03(8,80)	6,21(18,28)	3,18(-0,58 ; 6,94)	0,0964
<b>CONSTIPAÇÃO</b>	15,24(33,04)	17,37(33,79)	2,13(-5,01 ; 9,27)	0,5556
<b>DIARREIA</b>	5,29(17,80)	4,57(12,48)	-0,72(-4,95 ; 3,51)	0,7352
<b>PROBLEMAS FINANCEIROS</b>	23,75(35,16)	24,10(36,41)	0,35(-9,13 ; 9,83)	0,9416





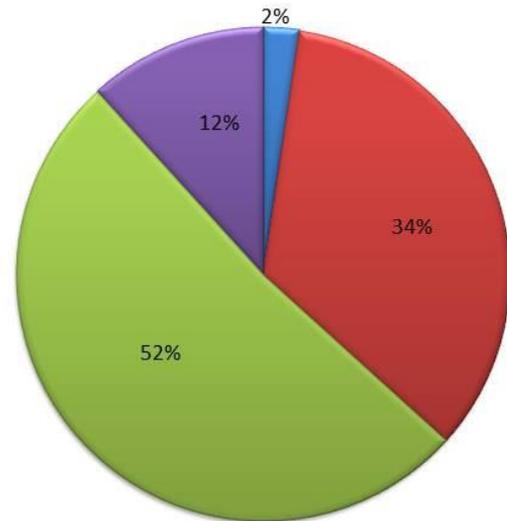
## ESTADIAMENTO DO TUMOR

■ BAIXO RISCO      ■ RISCO INTERMEDIÁRIO  
■ ALTO RISCO      ■ ESTÁGIO IV



## TIPOS DE TRATAMENTO

■ QUIMIOTERAPIA      ■ RADIOTERAPIA  
■ TPA\*      ■ RADIOTERAPIA + TPA\*



\* TPA: Terapia de Privação Androgênica