

Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento

PATIENTS ON CHEMOTHERAPY: DEPRESSION AND ADHERENCE TO TREATMENT

PACIENTES EN USO DE QUIMIOTERÁPICOS: DEPRESIÓN Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Bianca Fresche de Souza¹, Flavia Helena Pires², Nathalie de Lourdes Souza Dewulf³, Aline Inocenti⁴, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva⁵, Adriana Inocenti Miasso⁶

RESUMO

Este trabalho trata-se de estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, que verificou a presença de depressão e a adesão ao tratamento com quimioterápicos em pacientes oncológicos atendidos na Farmácia Central de Quimioterapia de um hospital universitário. A amostra constou de 102 pacientes e a coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2010 a maio de 2011. Utilizou-se a entrevista estruturada, norteada por roteiro contendo dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos; o Teste de Morisky e o Inventário de Depressão de Beck. Os resultados revelaram que 10,8% e 1,9% dos participantes apresentaram depressão moderada e grave, respectivamente. Houve associação estatisticamente significativa entre a presença de depressão e as variáveis renda per capita, número de cirurgias e tempo de doença. Identificou-se falta de adesão ao tratamento em 48% dos participantes. Tais resultados indicam a necessidade de treinamento da equipe de saúde para detectar transtornos depressivos e falta de adesão ao tratamento com quimioterápicos entre pacientes oncológicos.

DESCRIPTORIOS

Quimioterapia
Depressão
Adesão à medicação
Equipe de assistência ao paciente
Enfermagem oncológica

ABSTRACT

This analytical, cross-sectional study applied a quantitative approach to verify the presence of depression and the adherence to a chemotherapy treatment in patients with cancer at the central chemotherapy pharmacy of a university hospital. The sample consisted of 102 patients, and data were collected from October 2010 to May 2011. A structured interview was used to obtain sociodemographic, clinical and therapeutic data; the Morisky Test and Beck Depression Inventory were also applied. The results revealed that 10.8% and 1.9% of participants had moderate and severe depression, respectively. The presence of depression was significantly associated with variables such as income per capita, the number of surgeries, and disease duration. A lack of treatment adherence was identified in 48% of participants. These results indicate the need for health staff training to detect depressive disorders and chemotherapy treatment attrition among patients with cancer.

DESCRIPTORS

Drug therapy
Depression
Medication adherence
Patient care team
Oncologic nursing

RESUMEN

Estudio analítico, transversal, cuantitativo, verificando la presencia de depresión y adhesión al tratamiento con quimioterápicos en pacientes oncológicos atendidos en la Farmacia Central de Quimioterapia de un hospital universitario. Muestra constituida por 102 pacientes, datos recolectados de octubre 2010 a mayo 2011. Se utilizó entrevista semiestructurada, orientada por rutina conteniendo datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos; el Test de Morisky y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados expresaron que 10,8% y 1,9% de los participantes presentaron depresión moderada y grave, respectivamente. Existió asociación estadísticamente significativa entre presencia de depresión y las variables renta per cápita, número de cirugías y tiempo de la enfermedad. Se identificó falta de adhesión al tratamiento en 48% de los participantes. Tales resultados indican la necesidad de capacitación del equipo de salud para detectar transtornos depresivos y falta de adhesión al tratamiento con quimioterápicos en pacientes oncológicos.

DESCRIPTORIOS

Quimioterapia
Depresión
Cumplimiento de la medicación
Grupo de atención al paciente
Enfermería oncológica

¹ Graduanda do Curso de Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ² Graduanda do Curso de Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ³ Farmacêutica. Professora Doutora da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás. Ribeirão Preto, SP, Brasil. dewulf@usp.br ⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ainocenti@yahoo.com.br ⁵ Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. anaélisa@terra.com.br ⁶ Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. amiasso@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença estigmatizada por causar sofrimento e muitas mudanças na vida das pessoas. O aumento de sua incidência torna-o mais preocupante. Segundo relatório recente da *International Agency for Research on Cancer* (IARC)⁽¹⁾, o impacto global da doença mais que dobrou em 30 anos. Estimou-se que, no ano de 2008, ocorreriam cerca de 12 milhões de novos casos de câncer e sete milhões de óbitos. O contínuo crescimento populacional, bem como o envelhecimento, afetarão de forma significativa a incidência e o impacto do câncer no mundo, com consequências principalmente para os países de baixo e médio desenvolvimento. A IARC estimou que, em 2008, metade dos novos casos e cerca de dois terços dos óbitos por câncer ocorreriam nessas localidades⁽¹⁾.

Desde o diagnóstico, as alterações físicas e psicológicas causadas pelo câncer são evidentes e de grande impacto, com destaque para a ansiedade e a depressão⁽²⁾, as quais muitas vezes persistem mesmo durante o tratamento. Essas alterações psicológicas podem estar relacionadas aos efeitos colaterais decorrentes do tratamento. Queda de cabelo, vômitos e diversas alterações corporais frequentemente estão presentes e, ainda que temporários, esses eventos adversos podem contribuir para a continuidade da depressão.

A depressão é uma doença de grande importância que merece atenção. É um transtorno mental comum que tem como principais sintomas humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa, baixa autoestima, distúrbios do sono e do apetite, perda da energia e da concentração. Esses problemas podem tornar-se crônicos ou recorrentes e levar a prejuízos substanciais na capacidade da pessoa cuidar de suas responsabilidades diárias. Estudo identificou que, em pacientes com câncer, a dor e a depressão associaram-se ao risco de suicídio⁽³⁾.

A depressão pode ser comum em pacientes oncológicos⁽⁴⁾. Mesmo sendo recorrente nesses pacientes, esse transtorno psiquiátrico muitas vezes não é diagnosticado ou tratado adequadamente. O paciente com câncer tende a não falar sobre os sintomas depressivos e o oncologista tende a não questioná-lo. Tal comportamento pode estar relacionado à crença do paciente de que parecer forte ajuda o médico a não desistir dele, bem como a crença do oncologista de que, se a depressão estiver presente, o paciente espontaneamente vai falar sobre ela⁽⁵⁾.

A dificuldade de diagnóstico pode estar relacionada ao fato de as duas doenças apresentarem sintomas comuns, como humor deprimido, falta de prazer, fadiga e perda de peso. Além disso, pode ocorrer a subestimação dos sin-

tomas por parte do corpo clínico, que considera *normal* pacientes oncológicos deprimidos⁽³⁾.

Tão importante quanto o diagnóstico correto da doença e de outros sintomas presentes é a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, que pode ser menor nos pacientes oncológicos, principalmente deprimidos, já que normalmente tal condição resulta em comprometimento físico e emocional, com diminuição dos comportamentos de autocuidado, piorando o prognóstico⁽³⁾.

A adesão pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde, sendo influenciada por múltiplos fatores⁽⁶⁾.

Um dos aspectos encontrados na literatura que justifica a baixa adesão é a duração do tratamento, que muitas vezes é difícil de ser seguido de forma regular⁽⁷⁾. Além disso, não se pode esquecer de que fatores como o sistema de saúde, a prestação de serviços assim como a doença e seu tratamento, também influenciam a adesão. Infelizmente esse problema acaba sendo ignorado pelos profissionais de saúde, sendo a baixa adesão normalmente a primeira razão para a piora do quadro clínico. Tal aspecto é relevante, pois a depressão pode aumentar o risco de recaídas após o tratamento e diminuir a adesão à terapia antineoplásica⁽⁸⁾.

Considerando os aspectos descritos, os quais apontam que a depressão pode estar presente em pacientes oncológicos e que tal patologia afeta a adesão ao tratamento, influenciando a evolução do câncer e a qualidade de vida do paciente, este estudo teve como objetivo verificar a adesão ao tratamento quimioterápico e os sinais indicativos de depressão.

MÉTODO

Trata-se de estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa. Foi realizado na Farmácia da Central de Quimioterapia de um hospital universitário de grande porte, localizado em um município do Estado de São Paulo, Brasil. A referida Central de Quimioterapia possui uma farmácia que dispensa medicamentos quimioterápicos gratuitamente para pacientes em seguimento na instituição, para uso oral ou injetável.

A amostra foi composta por 102 pacientes com diagnóstico de câncer que compareceram à farmácia da Central de Quimioterapia para retirar quimioterápicos, no período de outubro de 2010 a maio de 2011. Foram critérios para inclusão: ter diagnóstico médico de câncer; ter prescrição de uso de quimioterápicos ou medicamentos não quimioterápicos para o tratamento do câncer e ter idade igual ou superior a 18 anos.

Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista estruturada, norteada por um roteiro composto por três partes. A primeira continha dados de identificação demográfica, socioeconômica, clínica e terapêutica dos pacientes. Em relação aos medicamentos, a descrição foi realizada utilizando o primeiro nível da classificação Anatómica, Química e Terapêutica (*Anatomical Therapeutic Chemical* - ATC) da OMS (www.whocc.no/atc_ddd_index).

A segunda parte do roteiro visou a identificar a adesão do paciente tratamento quimioterápico, por meio do Teste de Morisky⁽⁹⁾. Utilizado para identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso, esse Teste permitiu avaliar o comportamento do paciente quanto ao uso diário do medicamento. Consiste em quatro perguntas: *Você, alguma vez, se esquece de tomar o seu remédio?*; *Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?*; *Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?* e *Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?*

A adesão foi avaliada por respostas dicotômicas Não e Sim, às quais foram atribuídos os valores de 0 (zero) ou 1, respectivamente. Ou seja, atribuiu-se o valor 1 a cada resposta positiva e 0 (zero), às respostas negativas. Para comparar e discutir os resultados deste estudo, foi adotado como critério para classificar o grau de adesão: *mais adesão* os que obtiveram 0 ponto no TMG e como *menos adesão* os que obtiveram de 1 a 4 pontos.

A terceira parte do roteiro teve o objetivo de identificar a presença de sintomas de depressão na amostra em estudo. Para tanto, foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck⁽¹⁰⁾. Escala sintomática de autorrelato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta, a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total que, por sua vez, constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo, leve, moderado ou grave. A escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras não diagnosticadas, como é o caso deste estudo, recomendam-se escores acima de 15 para detectar disforia, reservando o termo depressão para os casos com pontuação acima de 20.

Após a aplicação dos instrumentos, os dados relacionados à adesão e ao Inventário de Depressão de Beck foram digitados em um banco de dados estruturado no formato de planilha e posteriormente analisados no programa EpiInfo™, versão 3.2, de domínio público (<http://www.cdc.gov/epiinfo>). Possíveis associações entre variáveis dependentes e independentes foram verificadas mediante o Teste Exato de Fisher. Para isso, as variáveis foram dicotomizadas e o limite de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$.

Este estudo apresenta limitações metodológicas que devem ser mencionadas: amostra de conveniência, com

diferentes tipos de cânceres e maior porcentagem de pacientes com diagnóstico de câncer de mama. Ainda, o fato de a amostra deste estudo ser de um único serviço público especializado e com pacientes ambulatoriais limita a generalização dos resultados a outros grupos.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição na qual o estudo foi desenvolvido (Processo HCRP nº 6349/2010), e os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos 102 pacientes entrevistados, a maioria era do sexo feminino (82,4%), casada (52,9%), havendo maior porcentagem de aposentados (34,3%) e do lar (25,5%). A idade variou de 25 a 87 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo, de acordo com as variáveis clínicas e terapêuticas - Ribeirão Preto, SP, 2011

Variável	N	%
Número de medicamentos		
1 medicamento	92	90,2
Acima de 1 medicamento	10	9,8
Classificação ATC		
Agentes alquilantes (L01A)	05	4,3
Antimetabólitos (L01B)	13	11,2
Alcaloides de plantas e outros produtos naturais (L01C)	04	3,4
Antibiótico citotóxico e substâncias relacionadas (L01D)	03	2,6
Outros agentes antineoplásicos (L01X)	17	14,7
Hormônios e agentes relacionados (L02A)	03	2,6
Agonista hormonais e agentes relacionados (L02B)	71	61,2
Diagnóstico primário		
Estômago	01	1,0
Fígado	01	1,0
Intestino	11	10,8
Linfático	02	2,0
Mama	70	68,6
Origem medular	13	12,7
Próstata	04	3,9
Número de cirurgias		
Até 1 cirurgia	66	64,7
Acima de 1 cirurgia	36	35,3
Tempo de diagnóstico		
1 - 36 meses	51	50,0
36 - 144 meses	51	50,0
Total	102	100

Observa-se, na Tabela 1, que a maioria dos pacientes em tratamento fazia uso de apenas um quimioterápico (90,2%), utilizava medicamentos pertencentes à classificação L02B - agonistas hormonais e agentes relacionados (61,2%), e já havia realizado até uma cirurgia (64,7%). Um paciente realizou sete cirurgias, sendo este o maior número de cirurgias realizado pelos entrevistados.

Tabela 2 - Prevalência de depressão, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e terapêuticas - Ribeirão Preto, SP, 2011

Variável	Disforia e sem depressão	Depressão moderada e grave	Total	P
	N(%)	N(%)	N(%)	
Idade				
Abaixo de 55 anos	45 (84,9)	08 (15,1)	53 (100,0)	0,5660
Acima de 56 anos	42 (85,7)	07 (14,3)	49 (100,0)	
Sexo				
Masculino	14 (77,8)	04 (22,2)	18 (100,0)	0,2549
Feminino	73 (86,9)	11 (13,1)	84 (100,0)	
Estado civil				
Com parceiro	46 (85,2)	08 (14,8)	54 (100,0)	0,4888
Sem parceiro	41 (85,4)	07 (14,6)	48 (100,0)	
Escolaridade				
Fundamental completo	73 (83,9)	14 (16,1)	87 (100,0)	0,3080
Superior ou pós-graduação	14 (93,3)	01 (6,7)	15 (100,0)	
Ocupação				
Com renda	61 (85,9)	10 (14,1)	71 (100,0)	0,5025
Sem renda	26 (83,9)	05 (16,1)	31 (100,0)	
Renda Per Capita				
Até 329 reais	40 (78,4)	11 (21,6)	51 (100,0)	0,0455*
Acima de 329 reais	47 (92,2)	04 (7,8)	51 (100,0)	
Número de dependentes				
Até 3 dependentes	67 (87,0)	10 (13,0)	77 (100,0)	0,2870
Acima de 3 dependentes	20 (80,0)	05 (20,0)	25 (100,0)	
Número de cirurgias				
Até 1 cirurgia	60 (90,9)	06 (9,1)	66 (100,0)	0,0324*
Acima de 2 cirurgias	27 (75,0)	09 (25,0)	36 (100,0)	
Número - Medicamentos				
Até 1 medicamento	79 (85,9)	13 (14,1)	92 (100,0)	0,4509
Acima de 1 medicamento	08 (80,0)	02 (20,0)	10 (100,0)	
Tempo de doença				
Até 36 meses	47 (75,8)	15 (24,2)	62 (100,0)	0,0149*
Acima de 36 meses	40 (95,2)	02 (4,8)	42 (100,0)	

Estatisticamente significativo.

Identificou-se que 10,8% e 1,9% dos participantes apresentavam depressão moderada e grave, respectivamente. Constata-se, na Tabela 2, que houve associação estatisticamente significativa entre os referidos graus de depressão e as variáveis renda *per capita* ($p=0,0455$), número de cirurgias ($p=0,0324$) e tempo de doença ($p=0,0149$). Verificou-se maior porcentagem de depressão entre os pacientes que recebem até 329 reais (21,6%), que se submeteram a duas ou mais cirurgias (25%) e entre aqueles com até 36 meses de doença (24,2%).

Embora o Teste Exato de Fisher não tenha revelado associação estatisticamente significativa para as demais variáveis, podem ser evidenciados alguns aspectos relevantes, como maior porcentagem de depressão entre os homens (22,2%) em comparação às mulheres (13,1%), bem como entre os que possuíam ensino fundamental completo (16,1%) quando comparados àqueles com nível superior e/ou pós-graduação (6,7%) e também entre os que utilizam mais de um medicamento (20,0%).

Considerando que o tratamento com antidepressivos geralmente é indicado para pacientes com depressão moderada ou grave, para apresentação dos dados sobre a utilização da referida classe terapêutica, optou-se por agrupar os participantes do estudo em dois grupos: "sem depressão ou com depressão leve" e com "depressão moderada e grave". Constata-se que 5,9% dos pacientes com depressão moderada ou grave não utilizavam antidepressivos, e 8,8%, apesar de utilizarem medicamentos, apresentavam sintomas de depressão identificados pelo Inventário de Beck. Destaca-se ainda que 8,8% dos pacientes que não tinham depressão ou apresentavam a forma leve utilizavam antidepressivos.

Dos pacientes investigados, 48% não manifestavam adesão ao tratamento com os quimioterápicos, conforme pode ser observado na Figura 2. Destaca-se que 5,9% dos referidos pacientes apresentaram depressão moderada ou grave.

Verifica-se, na Tabela 3, que o Teste Exato de Fisher não mostrou associação significativa entre a adesão aos quimioterápicos e as variáveis investigadas ($p > 0,05$); entretanto, alguns aspectos identificados merecem ser comentados.

A Tabela 3 revela que não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,1319$). Pode-se observar, entretanto, que a porcentagem de mulheres que não aderiu aos quimioterápicos (51,2%) foi superior a de homens (33,3%).

Entre as pessoas com nível superior e/ou pós-graduação, a maioria (60%) não aderiu aos quimioterápicos. Já entre aquelas com ensino fundamental completo, essa porcentagem foi de 54%).

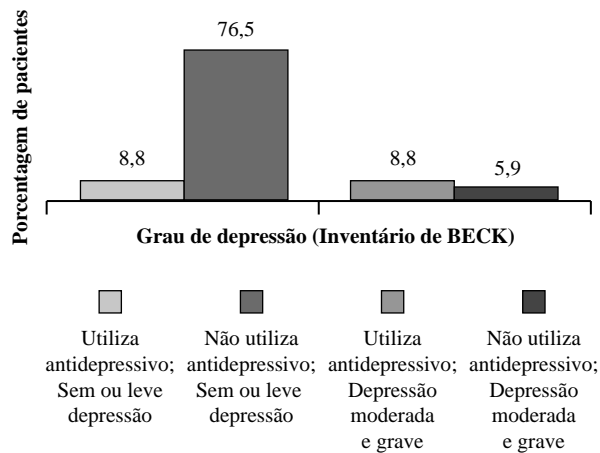


Figura 1 - Distribuição dos participantes do estudo, de acordo com o grau de depressão e utilização de antidepressivos.

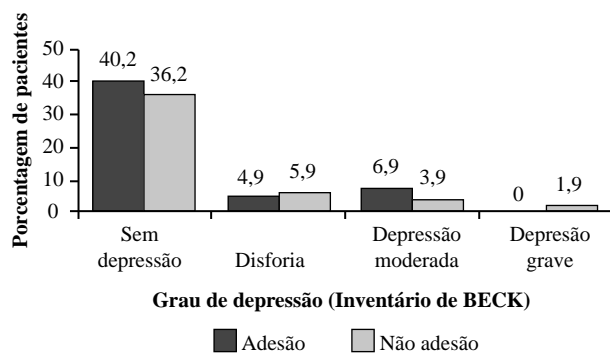


Figura 2 - Distribuição dos participantes do estudo, de acordo com o grau de depressão e a adesão ao tratamento com quimioterápicos

Verificou-se que 51% dos pacientes que possuíam renda *per capita* de até 329 reais não aderiam aos quimioterápicos. Observou-se ainda que os pacientes que se submeteram a duas ou mais cirurgias apresentavam maior porcentagem de adesão (55,6%), quando comparados àqueles que se submeteram, no máximo, a uma cirurgia (50%).

Também houve maior porcentagem de adesão entre os pacientes com tempo de doença acima de 36 meses (57,1%), quando comparados àqueles com tempo de doença inferior a esse período (48,3%).

Tabela 3 - Prevalência da adesão ao tratamento quimioterápico, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e terapêuticas - Ribeirão Preto, SP, 2011

Variável	Aderente	Não aderente	Total	P
	N(%)	N(%)	N(%)	
Idade				
55 anos ou menos	27 (50,9)	26 (49,1)	53 (100,0)	0,4938
56 anos ou mais	26 (53,1)	23 (46,9)	49 (100,0)	
Sexo				
Masculino	12 (66,7)	06 (33,3)	18 (100,0)	0,1319
Feminino	41 (48,8)	43 (51,2)	84 (100,0)	
Estado civil				
Com parceiro	29 (53,7)	25 (46,3)	54 (100,0)	0,4304
Sem parceiro	24 (50,0)	24 (50,0)	48 (100,0)	
Formação				
Fundamental completo	47 (54,0)	40 (46,0)	87 (100,0)	0,2346
Superior ou pós-graduação	06 (40,0)	09 (60,0)	15 (100,0)	
Ocupação				
Com renda	39 (54,9)	32 (45,1)	71 (100,0)	0,2442
Sem renda	14 (45,2)	17 (54,8)	31(100,0)	
Renda Per Capita				
Até 329 reais	25 (49,0)	26 (51,0)	51 (100,0)	0,3460
Acima de 329 reais	28 (54,9)	23 (45,1)	51 (100,0)	
Número de dependentes				
Até 3 dependentes	41 (53,2)	36 (46,8)	77 (100,0)	0,4102
Acima de 3 dependentes	12 (48,0)	13 (52,0)	25 (100,0)	
Número de cirurgias				
Até 1 cirurgia	33 (50,0)	33 (50,0)	66 (100,0)	0,3713
Acima de 2 cirurgias	20 (55,6)	16 (44,4)	36 (100,0)	
Número - Medicamentos				
1 medicamento	48 (52,2)	44 (47,8)	92 (100,0)	0,5782
Acima de 1 medicamento	05 (50,0)	05 (50,0)	10 (100,0)	
Tempo de doença				
Até 36 meses	29 (48,3)	31 (51,7)	60 (100,0)	0,2500
Acima de 36 meses	24 (57,1)	18 (42,9)	42 (100,0)	

DISCUSSÃO

A depressão é um transtorno afetivo que se caracteriza por uma alteração psíquica e orgânica global, promovendo mudanças na forma como o indivíduo atribui valor à realidade e à vida. Consiste em comorbidade em aproximadamente 25% dos portadores de câncer. Os níveis de estresse e angústia emocional relacionados ao diagnóstico de câncer podem levar ao desencadeamento da depressão⁽¹¹⁾.

Diretrizes clínicas para o rastreamento de depressão em pacientes oncológicos são fundamentais no tratamento rotineiro do câncer. Essa comorbidade psiquiátrica tem impacto significativo na qualidade de vida, na adesão ao tratamento antineoplásico, na duração de internação hospitalar, nos custos de saúde, na morbidade e mortalidade⁽¹²⁾.

Neste estudo 10,8% e 1,9% dos pacientes oncológicos, em uso de quimioterápicos, apresentavam depressão moderada e grave, respectivamente. Além dos fatores já mencionados, o uso de terapias antineoplásicas, como interferon e interleucina-2, procarbazina, asparaginase, vimblastina, vincristina, tamoxifeno e ciproterona, além de outros quimioterápicos e corticosteroides (prednisona, dexametasona), levam a quadros depressivos, sendo possível, portanto, que a depressão em pacientes com câncer seja uma consequência direta desses esquemas terapêuticos⁽¹³⁾.

Destaca-se que 68,6% da amostra deste estudo apresentava diagnóstico de câncer de mama. Estudo que caracterizou o perfil de 61 pacientes com câncer em uso de medicamentos via oral de ação antineoplásica também identificou que o câncer de mama foi isoladamente o mais frequente (28%)⁽¹⁴⁾. Outro estudo, que avaliou a associação entre sintomas depressivos e variáveis socio-demográficas e clínicas entre 71 mulheres com câncer de mama, revelou que, dentre as variáveis clínicas avaliadas, somente a quimioterapia foi significativamente associada a sintomas depressivos⁽¹⁵⁾. Esses dados podem explicar em parte a elevada porcentagem de depressão identificada na amostra da presente pesquisa.

É importante mencionar que a porcentagem elevada de pacientes com câncer de mama refletiu-se na porcentagem, também elevada, de uso de medicamentos pertencentes à classificação L02B (agonistas hormonais e agentes relacionados), a qual inclui medicações frequentemente utilizadas no tratamento do referido tipo de câncer, principalmente o tamoxifeno. Esse aspecto é relevante, pois a literatura evidencia que o uso de tamoxifeno ou outros antiestrógenos traz o risco teórico de desenvolvimento de quadros depressivos⁽¹⁶⁾.

Os resultados mostraram associação estatisticamente significativa entre a presença de depressão moderada e grave e as variáveis renda *per capita*, número de cirurgias e tempo de doença. A esse respeito, estudo desenvolvido com mulheres de baixa renda com câncer também identificou alta taxa de prevalência de depressão maior (24%)⁽¹⁷⁾. A literatura corrobora os resultados desta pesquisa ao apontar o tempo de diagnóstico e tratamento

como importantes variáveis associadas à prevalência de depressão entre pacientes com câncer⁽¹⁸⁾.

Nesta pesquisa também foi identificada maior porcentagem de depressão entre pacientes que se submeteram a duas ou mais cirurgias. Na literatura, não se identificaram estudos que abordassem esse aspecto relacionado à depressão em pacientes com câncer. Acredita-se que o fato de passar por diversas cirurgias pode gerar insegurança ou até mesmo desesperança do paciente com relação ao seu prognóstico. No entanto, são necessários estudos que comprovem essa premissa.

Constatou-se que 5,9% dos pacientes investigados que têm depressão moderada ou grave não utilizavam antidepressivos, e 8,8% dos que utilizavam mantinham o quadro de depressão moderada ou grave. Tal aspecto chama a atenção para a possibilidade da falta de eficácia ou de não adesão ao tratamento, embora a literatura revele que os antidepressivos são efetivos e proporcionam melhor adesão aos tratamentos do câncer e que o tratamento prévio com esses medicamentos pode minimizar sintomas de depressão em pacientes oncológicos⁽⁴⁾.

Ressalta-se que a decisão de utilizar antidepressivos nessa clientela deve ser avaliada cuidadosamente. Deve-se considerar que os quadros psiquiátricos, incluindo a depressão e ansiedade, trazem consequências negativas na evolução do câncer e muitas vezes causam o abandono do tratamento. Entretanto, a questão das interações medicamentosas, especialmente entre antidepressivos e quimioterápicos, também deve ser considerada⁽¹⁶⁾, sugerindo a necessidade da interação entre oncologistas e psiquiatras. A literatura revela que a maioria dos oncologistas não está familiarizada com transtornos depressivos e que especialistas em saúde mental frequentemente trabalham separados dos oncologistas^(4,18).

Esse aspecto possivelmente contribui para a dificuldade de diagnóstico e tratamento da depressão em pacientes com câncer. Como já mencionado, as barreiras para o tratamento da depressão nesses pacientes podem decorrer de diversos fatores, incluindo a incerteza sobre o diagnóstico e o tratamento, além do tempo limitado para investigar questões emocionais e custos associados ao tratamento⁽¹³⁾.

Nesta investigação, 48% dos pacientes não demonstravam adesão ao tratamento com os quimioterápicos. Esse valor é semelhante à média de 50% entre pacientes com enfermidades crônicas, descrita no relatório da Organização Mundial de Saúde⁽⁶⁾. Porém, a porcentagem encontrada foi superior à identificada em estudo que investigou a adesão ao quimioterápico oral em pacientes oncológicos, o qual revelou que 28% dos pacientes não apresentava adesão ao tratamento⁽¹⁴⁾. Destaca-se a escassez de estudos que abordam especificamente os aspectos relacionados à adesão ao tratamento em pacientes oncológicos.

Dentre os pacientes que não aderiram ao tratamento, verificou-se que 5,8% apresentavam depressão moderada ou

grave. A literatura revela que, de fato, a depressão pode ocasionar diminuição da adesão à terapia antineoplásica⁽⁸⁾, além de afetar aspectos da função imunológica, diminuindo a sobrevivência dos pacientes. Recente meta-análise de 31 estudos prospectivos encontrou uma taxa de mortalidade 25% maior em pacientes oncológicos com sintomas depressivos⁽¹⁹⁾.

No que se refere às variáveis relacionadas à adesão, neste estudo a maioria dos pacientes com tempo de doença superior a 36 meses apresentava adesão aos quimioterápicos. Esses dados contradizem estudo que constatou que pacientes com menor tempo de doença têm maior controle sobre sua saúde⁽¹⁴⁾. No entanto, os dados deste estudo mostraram que pacientes com menor tempo de doença apresentavam maior índice de depressão, o que pode explicar em parte o fato de haver menor adesão ao tratamento quimioterápico nesse grupo.

Outra variável investigada foi a relação entre adesão ao quimioterápico e nível socioeconômico, revelando que a maioria dos pacientes com renda *per capita* de até 329 reais não aderiu aos quimioterápicos. A esse respeito, estudo que avaliou a influência de fatores socioeconômicos no tratamento da leucemia linfóide aguda revelou que 47% dos pacientes considerados pobres recusaram ou abandonaram o tratamento quimioterápico, bem como receberam menos atenção individualizada dos oncologistas⁽²⁰⁾. Verifica-se assim que a dificuldade socioeconômica é uma realidade que pode influenciar negativamente na adesão ao tratamento do câncer, com possíveis reflexos no prognóstico da doença.

Perante esses dados, fica evidente a necessidade de maior atenção para com tais pacientes e que a equipe de saúde invista em ações que os auxiliem no desenvolvimento de suas potencialidades para lidar com o câncer e em estratégias que estimulem sua adesão ao tratamento medicamentoso. Essa adesão não pode ser uma atitude passiva, ou seja, não pode ser uma imposição médica ou de qualquer outro profissional da saúde, ela requer a participação ativa e o comprometimento do paciente. É necessário acreditar no tratamento e ter incentivo para continuá-lo, o que torna indispensável uma boa relação entre paciente e a equipe de saúde⁽⁶⁾.

A esse respeito, estudo⁽²¹⁾ aponta a necessidade de comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pa-

cientes, por meio de material impresso fornecido pelos primeiros, que subsidie suas informações verbais, pois quando os pacientes e cuidadores estão orientados sobre o modo adequado de cuidar, sentem-se mais seguros, otimizando a adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

Este estudo verificou a adesão ao tratamento quimioterápico e os sinais indicativos de depressão em pacientes atendidos na Farmácia da Central de Quimioterapia de um hospital universitário. Constatou alta porcentagem de pacientes com depressão moderada e grave bem como associação estatisticamente significativa entre a presença dos referidos graus de depressão e as variáveis renda *per capita*, número de cirurgias e tempo de doença. Tais achados reforçam a importância do rastreamento de sintomas depressivos em pacientes com diagnóstico de câncer por meio da utilização de instrumentos simples e perguntas específicas durante a avaliação rotineira dessa clientela.

Em relação à adesão aos quimioterápicos, chamou a atenção o fato de 48% dos participantes do estudo não demonstrarem adesão ao tratamento. Apesar de ter sido observada menor porcentagem de adesão ao tratamento quimioterápico entre pacientes do sexo feminino, com menor renda *per capita*, menor número de cirurgias, menor tempo de doença e maior nível de escolaridade, nenhuma dessas associações foi estatisticamente significativa. Esses dados sugerem que outras variáveis podem estar interferindo na adesão desses pacientes aos quimioterápicos, demonstrando a necessidade de estudos longitudinais para sua identificação.

Considerando-se a alta porcentagem de pacientes oncológicos com sintomas depressivos e a falta de adesão aos quimioterápicos identificada nesse estudo, bem como a influência negativa destes aspectos na evolução do câncer, destaca-se a importância da promoção de estratégias, nos serviços de saúde, voltadas para a escuta ativa e para o estabelecimento de vínculos, propiciando espaço para a identificação de sintomas depressivos e comportamentos de não adesão, bem como para intervenção educativa e psicossocial adequada, de forma que esses pacientes desenvolvam a motivação necessária para dar seguimento da terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer; World Health Organization. World Cancer Report, 2008 [Internet]. Geneva; 2009 [cited 2011 Nov 30]. Available from: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf
2. Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2010;10:594.
3. Fanger PC, Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(2):173-8.
4. Bottino SMB, Fráguas R, Gattaz WF. Depressão e câncer. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 2009; 36(3):109-15.

5. Fraguas R. Depressão e condições médicas. Rev Psiquiatr Clin (São Paulo). 2009;36 Supl. 3:77-8.
6. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2011 Nov 30]. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
7. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciê Saúde Coletiva. 2008; 13(2):2299-306.
8. Castelli L, Binaschi L, Caldera P, Mussa A, Torta R. Fast screening of depression in cancer patients: the effectiveness of the HADS. Eur J Cancer Care. 2011;20(4):528-33.
9. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psych. 1961;4(6):561-71.
11. Martinho AF, Reis NI, Novo N F, Hübner C K. Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Rev Soc Bras Clin Med. 2009;7(5):304-8.
12. Reich M. Depression and cancer: recent data on clinical issues, research challenges and treatment approaches. Curr Opin Oncol. 2008;20(4):353-9.
13. Bottino SMB, Fráguas R, Gattaz WF. Depressão e câncer. Rev Psiquiatr Clin (São Paulo). 2009;36 Supl. 3:109-15.
14. Marques PAC, Pierin AMG. Fatores que influenciam a adesão de pacientes com câncer à terapia antineoplásica oral. Acta Paul Enferm. 2008;21(2):323-9.
15. Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck - *Short Form*. J Bras Psiquiatr. 2010;59(2):106-10.
16. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguitoni E, Rennó Junior J. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. Rev Psiquiatr Clin (São Paulo). 2006;33(3):124-33.
17. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. J Clin Oncol. 2005;23(13):3052-60.
18. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2007 Feb 8;3:2.
19. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. Cancer. 2009;115(22):5349-61.
20. Mostert S, Sitaresmi MN, Gundy CM, Sutaryo Veerman AJP. Influence of socioeconomic status on childhood acute lymphoblastic leukemia treatment in Indonesia. Pediatrics. 2006;118(6):1600-6.
21. Salles PS, Castro RCBR. Validation of the informative material for patients and their families undergoing chemotherapeutic treatment. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 19];44(1):182-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a26v44n1.pdf