

A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino

The onco-psychiatry in breast cancer – considerations about the female matter

FÁBIO SCARAMBONI CANTINELLI¹
RENATA SCIORILLI CAMACHO¹
OREN SMALETZ²
BÁRBARA KARINA GONSALES³
ÉRIKA BRAGUITTONI³
JOEL RENNÓ JR.⁴

Resumo

Os autores revisaram amplamente a literatura em relação aos fatores psiquiátricos envolvendo o câncer de mama. Dentro da linha de raciocínio mestra dos tratamentos cirúrgico e oncológico dessas pacientes, ressalta-se seu impacto sobre a saúde mental. Aspectos como possibilidades cirúrgicas, imagem corporal e impacto sobre auto-estima e sexualidade, tratamentos sistêmicos e conseqüências físicas, tais como fadiga, náuseas e vômitos, foram discutidos. As diferenças entre os grupos etários submetidos ao tratamento também foram relevadas, separando-se suas questões. Tópicos sobre a qualidade de vida sempre foram ressaltados. Questões sobre intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas foram igualmente levantadas, incluindo medicina alternativa.

Palavras-chave: Câncer de mama, psiquiatria, qualidade de vida, tratamento, revisão.

Abstract

The authors performed a broad literature review about psychiatric factors in breast cancer. Inside the master reasoning of the surgical and oncological treatments, an emphasis was made on heir impact over the mental health. Aspects like surgical possibilities and body image and its impact over the self-esteem and sexuality and systemic treatments and their physical consequences, like fatigue, nausea and vomiting were discussed. The differences between the aged groups treated also were considered, separating their issues. Topics about Quality of Life was always considered. Questions about pharmacological and psychotherapeutical approach were considered too, including alternative medicine.

Key-words: Breast cancer, psychiatry, quality of life, treatment, review.

Recebido: 20/03/2006 - Aceito: 27/03/2006

1 Médico psiquiatra. Colaborador do Projeto de Atenção à Saúde Mental da Mulher (Pró-Mulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

2 Médico oncologista do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo.

3 Psicóloga clínica. Colaboradora do Pró-Mulher do IPq-HC-FMUSP.

4 Médico psiquiatra. Coordenador do Pró-Mulher do IPq-HC-FMUSP.

Endereço para correspondência: Rua Bastos Pereira, 58, Vila Nova Conceição – 04507-010 – São Paulo, SP.
Fone: (11) 3885-3036. E-mail: cantinelli@apm.org.br

Introdução

A oncopsiquiatria é uma área de interesse especial dentro da psiquiatria que vem, ao longo dos últimos anos, ganhando força e acumulando conhecimentos científicos. Visando ao enfoque sobre as demandas psíquicas do paciente com câncer, promove, de maneira geral, o fortalecimento do indivíduo na guerra contra a doença. Assim, a oncopsiquiatria busca entender cada indivíduo dentro do contexto de mudanças que o câncer acarreta. Sabendo que o câncer não é uma doença única, mas um conjunto grande de patologias diversas, cada tipo de câncer pode trazer demandas específicas aos indivíduos. Dessa maneira, as neoplasias mamárias têm sua demanda sobre as mulheres.

A mama é a metonímia do feminino, e, dentro de uma espiral de complexidade, o seu acometimento expõe as pacientes a uma série de questões: o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina, ou a mãe que amamenta. Portanto, entender a oncopsiquiatria das neoplasias mamárias é uma maneira de entender o universo feminino.

O National Cancer Policy Board dos Estados Unidos (2004) cita algumas dessas questões: medo da recorrência, sintomas físicos como fadiga, problemas de sono ou dor, alterações da imagem corporal, disfunção sexual, ansiedades relacionadas ao tratamento, pensamentos intrusivos a respeito da doença-ansiedade persistente, relações maritais, sentimentos de vulnerabilidade e elaborações existenciais, incluída a questão da morte.

O objeto desta revisão é levantar algumas dessas questões relacionadas ao cuidado-tratamento dessas mulheres.

Epidemiologia do câncer de mama

Primeiro câncer em incidência entre as mulheres em termos mundiais – que apresentam chance em torno de 12,5% de desenvolvê-lo ao longo da vida – e segundo quanto à mortalidade, perdendo apenas para o câncer de pulmão, no Brasil, representa a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, segundo Mendonça *et al.* (2004). Segundo a *Estimativa INCA para 2005* (INCA, 2004), o número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2005 foi de 49.470, com o risco estimado de 53 casos a cada 100 mil mulheres. Com base nas informações disponíveis dos Registros Hospitalares do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no período 2000/2001, 50% dos tumores de mama foram diagnosticados nos estádios III e IV.

Possíveis relações de quadros psiquiátricos com câncer de mama

Os estudos epidemiológicos também apontam o câncer de mama como uma patologia de incidência aumentada

em mulheres em idade de ciclo reprodutivo, o que indica o envolvimento dos hormônios reprodutivos femininos na etiologia. Dumitrescu e Cotarla (2005), em ampla revisão dos fatores de risco relacionados ao câncer de mama, apontam a raridade desse diagnóstico antes dos 25 anos de idade. Este é um fator de risco, pois a incidência aumenta com ele. De maneira geral, o câncer de mama é resultado da interação bastante complexa de uma gama enorme de fatores. Ainda, essa é também a faixa de maior incidência de transtornos psiquiátricos, em especial, os quadros depressivos.

Embora os fatores de risco não coincidam, o diagnóstico de câncer geralmente representa uma sobrecarga emocional e, portanto, diagnóstico de eixo IV do DSM-IV, podendo desencadear reações de ajustamento ou mesmo ser o gatilho de quadros afetivos (principalmente a depressão), ansiedade ou até mesmo psicoses. Os transtornos psiquiátricos também representam uma interação complexa de fatores, entre eles, a estrutura de personalidade e a capacidade de enfrentamento de problemas.

De maneira inversa, um quadro psiquiátrico, isto é, o alcoolismo, é um fator de risco bem confirmado para câncer de mama, segundo os mesmos autores. Esse risco é dose-dependente em consumos acima de 60 g por dia, e para cada 10 g de incremento de dose por dia, o risco pode aumentar em 9%. Entre os mecanismos possíveis, o álcool teria ação indireta por meio de seu primeiro metabólito, o acetaldeído, bem conhecido carcinogênico e mutagênico; o aumento dos níveis de estrogênios em mulheres alcoólatras pré-menopausadas também é citado.

Mais ainda, o álcool pode levar à deterioração no sistema imune e depleção de certos nutrientes que estariam na linha de frente do combate à carcinogênese. Wrensch *et al.* (2003) fizeram um estudo epidemiológico dos fatores de risco associados ao câncer de mama em Marin County, Estados Unidos, e encontraram maior incidência de câncer de mama associado ao maior consumo de álcool.

A relação de outras comorbidades psiquiátricas como fator para câncer ainda é especulativa, mas a cronificação de determinados quadros deterioraria a função imune e a vigilância em relação a células cancerosas. Kiecolt-Glaser *et al.* (2002) revisaram a modulação psicológica do sistema imune e relataram que síndromes depressivas aumentam os níveis de citocinas pró-inflamatórias – em especial a interleucina (IL)-6, o que responderia pelos altos níveis de comorbidades clínicas associadas a esses quadros. Também ocorre a diminuição da atividade NK e de contagens de células T.

Em quadros do espectro ansioso, também estabelece-se a relação. No transtorno de ansiedade generalizada (TAG), ocorre diminuição da expressão linfocítica do receptor para IL-2. Em pacientes com transtorno do estresse pós-traumático (PTSD, em inglês), ocorre diminuição da atividade lítica das células NK. Outro aspecto

interessante do estudo cita que determinados estilos de personalidade, tais como negação, repressão, evitação e dificuldades em externar emoções ou conteúdos internos, cursam com função imune menos ativa.

Tratamentos do câncer de mama

Tratamento do tumor primário

CIRURGIA

A cirurgia para o câncer de mama requer a excisão de qualquer tumor invasivo com margens negativas. O tumor deve ser excisado “em bloco”, com alguns centímetros de tecido normal. No final do século XIX, William Halsted desenvolveu a técnica de mastectomia radical que revolucionou a mastologia. Por volta dos anos 1870, somente 4% das mulheres sobreviviam três anos após uma cirurgia de câncer de mama. Com a técnica de Halsted, na qual a mama inteira era retirada, além de músculos da parede torácica e dos linfonodos axilares (Halsted, 1898), o número de mulheres que sobreviviam três anos sem metástases passou para 46,5%.

A técnica de Halsted predominou por mais de meio século e passou por algumas modificações, mas somente nos últimos 20 anos houve um outro grande impacto: para várias mulheres com tumores iniciais, a mastectomia pôde ser evitada, e uma cirurgia conservadora, como a lumpectomia, seguida por radioterapia e tratamento sistêmico, com resultados de sobrevida similares, segundo Veronesi *et al* (1981; 2002).

Hoje, a minoria das mulheres é submetida à mastectomia. As indicações são para aquelas com dois ou mais focos de tumores primários em áreas diferentes da mama, microcalcificações com aspecto maligno e difuso, radioterapia prévia para a mama (impossibilita mais radioterapia após a cirurgia conservadora), margens positivas persistentes após três ou mais tentativas de remoção do tumor primário, doença do colágeno ativa (como escleroderma e lúpus eritematoso sistêmico) e tumor grande em uma mama pequena.

Uma das complicações da cirurgia é o desenvolvimento de linfedema no membro superior após a dissecação de linfonodos axilares. Além de a paciente sentir-se mutilada pela cirurgia, o linfedema causa alterações importantes não só físicas como funcionais. Recomenda-se que, após a dissecação de linfonodos axilares, não sejam feitos movimentos bruscos com o membro superior, se evitem infecções nesse membro, não se permita a colocação de agulhas etc. Recentemente, a técnica do linfonodo sentinela possibilitou a diminuição do número de pacientes com essa complicação.

RADIOTERAPIA

Indicada como tratamento complementar para pacientes submetidas a tratamento cirúrgico conservador da mama, para diminuir a recidiva ipsilateral. Existe também uma indicação formal desse tratamento como

adjuvante para as pacientes com tumores de mama que se submeteram à mastectomia e que têm alta chance de recidiva locorregional, principalmente naquelas pacientes com alguns linfonodos axilares acometidos, segundo Overgaard *et al.* (1997).

Tratamento sistêmico

O tratamento sistêmico para o câncer de mama inicial é realizado para diminuir a chance da maior ameaça do tumor de mama: a recidiva a distância, ou seja, metástases. Assim como a cirurgia e a radioterapia encarregam-se do controle da doença locorregional, o tratamento sistêmico é utilizado para atacar eventuais células microscópicas responsáveis pelas metástases nas pacientes recidivantes. O tratamento sistêmico, que pode melhorar a chance de cura por volta de 30%, é dividido em três componentes: hormonoterapia, quimioterapia e imunoterapia.

HORMONOTERAPIA

É um dos tratamentos sistêmicos adjuvantes mais eficazes no tumor de mama, mas é eficaz somente nas pacientes que têm tumores que expressam os receptores hormonais de estrogênio e/ou progesterona (Early Breast Trialists' Collaborative Group, 1998a). O benefício é a redução absoluta da mortalidade em mais de 10%. Os principais efeitos colaterais são os relacionados com a menopausa. O tamoxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrogênio e pode causar ondas de calor, tromboembolismo, tumores de endométrio, mas, ao mesmo tempo, possui certa proteção contra a osteoporose e a arteriosclerose.

Mais recentemente, uma nova classe de hormônios foi desenvolvida – os inibidores de aromatase –, que diminuem a produção de estrogênio pela conversão periférica da testosterona. Remédios dessa classe (como anastrosole, letrosole e examestano) têm perfil um pouco diferente do tamoxifeno: não poupam as pacientes da osteoporose e tampouco da arteriosclerose.

A secura vaginal é um importante efeito colateral da hormonoterapia em geral, o que prejudica a atividade sexual. A ooforectomia ou o uso de análogos de gonadotrofinas pode ser indicado em pacientes pré-menopausadas com tumores receptores hormonais positivos, levando à menopausa precoce.

QUIMIOTERAPIA

O impacto na redução da recidiva e no ganho de sobrevida existe, mas de maneira mais modesta que na hormonoterapia. É mais indicada para pacientes com alta chance de recidiva, seja pelo tamanho do tumor ou pelo número de linfonodos acometidos, e, principalmente, nas pacientes com receptores hormonais negativos (Early Breast Trialists' Collaborative Group, 1998b). Nem todos os esquemas de poliquimioterapia causam náuseas ou vômitos e alopecia. Os esquemas com antracíclicos (doxorubicina ou epirrubina) são aqueles com maior potencial de emese, além de alopecia; os

taxanos – drogas recentemente utilizadas na adjuvância – também causam alopecia.

IMUNOTERAPIA

Cerca de 20% a 25% dos tumores de mama hiperexpressam uma proteína transmembrana, o Her2-*neu*, ou fator de crescimento epitelial. Essa proteína mostrou ser um fator prognóstico para pacientes com câncer de mama tratadas com quimioterapia. Ao mesmo tempo, desenvolveu-se um anticorpo anti-Her2-*neu* – a herceptina ou trastuzumabe –, que, além de mostrar o seu benefício em pacientes com tumores metastáticos que hiperexpresssem essa proteína, também pode reduzir a recidiva de pacientes tratadas com esse anticorpo por um ano após a cirurgia (Romond *et al.*, 2005; Piccart-Gebhart *et al.*, 2005).

O diagnóstico de transtornos mentais em mulheres com câncer de mama

Avaliar a paciente diagnosticada e submetida a tratamento por câncer de mama é questão importante e, muitas vezes, tarefa a cargo do oncologista, do cirurgião, da enfermeira ou dos demais membros da equipe multidisciplinar, já que raramente o psiquiatra ou o psicólogo entram em cena no início da abordagem.

Uma questão que pode preocupar essa equipe multidisciplinar é a dificuldade em reconhecer quadros psiquiátricos. Em geral, percebe-se a ocorrência de determinadas alterações psicopatológicas relacionadas à ansiedade e à depressão, mas raramente um diagnóstico amplo ou formal é feito. Payne *et al.* (1999) apontaram essa dificuldade dos oncologistas em fazer tal reconhecimento. Assim, realizaram um estudo avaliando a utilidade de três instrumentos de auto-avaliação na identificação dessas síndromes psiquiátricas: HADS (Escala Hospitalar para Depressão e Ansiedade, em inglês), BSI (Inventário Curto de Sintomas, em inglês) e VAS (Escala Visual e Análoga, em inglês). Os autores apontam maior utilidade da HADS.

A incidência dos quadros mentais pode variar conforme a fase do tratamento. Burguess *et al.* (2005) fizeram um estudo observacional de coorte enfocando a ocorrência de depressão e ansiedade em mulheres em fase inicial de câncer de mama. A prevalência no primeiro ano da doença é cerca de duas vezes a da população feminina geral. Com a remissão do quadro, os níveis igualam-se aos da população geral, mas na recorrência do câncer, pode haver um suave aumento nesses níveis. Os fatores de risco para depressão e ansiedade parecem estar mais relacionados à paciente do que à doença ou ao tratamento. Esses fatores são aqueles associados à depressão e à ansiedade na população geral, isto é, idade jovem, problemas psicológicos prévios e dificuldades no suporte social. A quimioterapia adjuvante pode aumentar o risco para depressão e ansiedade durante, mas não após, o tratamento. Esse risco não parece ser afetado por fatores clínicos como prognóstico, tipo de cirurgia ou radioterapia adjuvante.

Em um estudo cruzado seccional e multinstitucional, Kadan-Lottick *et al.* (2005) buscaram estabelecer a prevalência de diagnósticos psiquiátricos em pacientes com doença avançada (metastática) em serviços oncológicos (também enfocando outros tumores). De maneira geral, encontraram 12% de pacientes com critério para algum distúrbio psiquiátrico; 28% já haviam acessado algum serviço de saúde mental; 17% mantinham conversas com algum profissional de saúde mental e 90% desejavam receber tratamento para questões emocionais.

Kornblith e Ligibel (2003) abordaram o funcionamento psicossocial e sexual em sobreviventes de câncer de mama. Enfocando o ajustamento psicossocial, relevando as questões que vão do desconforto psicológico aos diagnósticos psiquiátricos mais formais, levantaram tópicos como dúvidas a respeito da cirurgia, medo da recorrência, depressão relacionada a ter tido o câncer de mama, sentir-se desconfortável em suas próprias roupas, sentir-se sexualmente não atraente, náuseas e vômitos, inchaço nos membros superiores (pós-linfadectomia axilar), desfiguração, medo da morte, medo de abandono por familiares e amigos. Nos quadros de ansiedade diagnosticados, a PTSD ocupa a faixa de 4% a 24%, quando a prevalência geral varia de 0,5% a 1,3% ou de 15% a 16% quando associada a traumas. Assim, pacientes que se mantêm hiperalertas, vigilantes ou em guarda, evocando freqüentemente lembranças ou visões do hospital, certos cheiros, até mesmo comidas, vivenciadas dentro de um contexto hospitalar devem ser relevados. Em relação ao medo da recorrência, existem dados significativos de que mulheres submetidas a tratamentos mais agressivos (cirurgia + quimioterapia neo ou adjuvante) têm menos medo da recorrência em relação àquelas com tratamentos mais conservadores.

Okamura *et al.* (2005) examinaram a prevalência e os fatores associados com distúrbios psiquiátricos e o impacto sobre a qualidade de vida em pacientes com primeira recorrência de câncer de mama. A taxa de prevalência de quadros psiquiátricos foi em torno de 22%, comparáveis às taxas de 14% a 38% para transtornos psiquiátricos em fase precoce do tratamento encontradas na literatura, e menores que as taxas para transtornos psiquiátricos em câncer recorrente (geralmente, em torno dos 42%). Os diagnósticos encontrados foram de episódio depressivo (2%), PTSD (2%), outros transtornos de ansiedade (18%).

Fatores significativos encontrados foram antecedentes de transtorno depressivo, principalmente quem manifestou quadro na fase inicial do tratamento, o que pressupõe que essas pacientes devam ter seguimento psiquiátrico ao longo de todo o tratamento, em especial quando associado à falta de esperança e à ajuda. Além disso, o intervalo menor que 24 meses entre o ataque da doença e a recorrência do câncer pressupõe risco maior, embora os autores ressalvem o tamanho de sua amostra para essa conclusão.

Um fator interessantemente apontado é o regime quimioterápico CAF (ciclofosfamida, doxorrubicina e 5-fluorouracil), tido como indutor de maiores dificuldades para se manter o trabalho e a vida social. A perda da qualidade de vida (QV) esteve associada a baixos índices nos quesitos “funcionamento emocional”, “imagem corporal” e “perspectiva de futuro” e alto índice na escala de sintomas, como perda de apetite, diarreia, fadiga e náusea e vômitos.

Tratamento cirúrgico e impacto sobre a saúde mental

Schover (1994) levantou a questão dos tratamentos conservadores serem mais protetores, do ponto de vista psicológico, para a mulher com câncer de mama. Uma decisão favorável para essa modalidade de tratamento – a lumpectomia – pode ter repercussão imediata na saúde mental da mulher pela questão da “imagem corporal”, um termo que, segundo Engel *et al.* (2004), é falho em descrever a complexidade da experiência psicossocial em perder uma mama.

Esses autores conduziram um estudo comparando a QV entre o tratamento conservador e a mastectomia total. O tratamento conservador está claramente associado com melhor QV; na mastectomia total, as mulheres sentiam-se menos atraentes, não gostavam de sua aparência geral, não se sentiam inteiras, estavam infelizes com a cicatriz, tinham limitações no trabalho, no lazer e em outras atividades do dia-a-dia, ficavam inseguras e chegavam a evitar o contato com outras pacientes. Mesmo em mulheres com mais de 70 anos de idade, havia a perda na QV por não se sentirem mais “inteiras” e propensas às suas atividades habituais.

Outra decisão que pode ter impacto psicossocial é aquela pela mastectomia bilateral preventiva (MBP) ou não. Hatcher *et al.* (2001) discutiram esse procedimento do ponto de vista do impacto sobre a saúde mental (sem considerar méritos clínicos oncológicos). Avaliaram que o procedimento determinava a diminuição de níveis de ansiedade e depressão no pós-seguimento e não oferecia impacto sobre a imagem corporal ou o funcionamento sexual. As mulheres que geralmente optam por esse procedimento têm uma percepção alta e com frequência não acurada do risco de desenvolverem câncer na mama contralateral. Em verdade, na decisão ou não desse procedimento deve pesar uma série de outros fatores.

A partir desses fatos, seria fácil concluir que a reconstrução ou plástica mamária tem impacto positivo sobre a saúde mental e a QV, e que quanto mais precocemente for realizada, maior será tal impacto. Esse é um fato que goza de razoável consenso entre equipes multidisciplinares envolvidas no tratamento de câncer de mama. No entanto, é notável no levantamento bibliográfico para este artigo a relativa falta de estudos clínicos abordando o tema.

Quimioterapia – fadiga, náuseas e vômitos

A preocupação com o bem-estar das pacientes em tratamento de câncer de mama é constante ao longo de todo ele. Um sintoma que pode interferir de forma significativa nessa questão é a fadiga. Nieboer *et al.* (2005) estudaram essa questão relacionada à quimioterapia, comparando altas dosagens com as padrões, levando-se em consideração os parâmetros que poderiam nela influir: níveis de hemoglobina, dores musculares ou de articulações, estado mental e menopausal. A fadiga foi encontrada em 20% da população estudada, sem diferenças significativas relacionadas às dosagens. O fator preditor forte para fadiga era o empobrecimento do estado mental.

Ballatori e Roila (2003) revisaram o impacto negativo que náuseas e vômitos pós-quimioterapia têm sobre a QV dos pacientes, podendo causar fissuras esofágicas, má nutrição, distúrbios hidroeletrólíticos e até mesmo a recusa dos pacientes em prosseguirem nos ciclos quimioterápicos. Esse impacto é sentido principalmente nos quesitos físico ou corporal das mais variadas escalas de QV utilizadas. A queda de índices de QV podem ser fatores relacionados ao empobrecimento da saúde mental. Esquemas quimioterápicos com menor probabilidade de náuseas ou vômitos e o asseguramento de esquemas seguros e eficientes de antieméticos têm impacto nessa questão. Salienta-se que, atualmente, devido a novas medicações antieméticas, a taxa de náuseas e vômitos seja de menos de 10%.

Aspectos psiquiátricos na hormonoterapia

A questão dos hormônios reprodutivos femininos como desencadeadores ou adjuvantes em síndromes psiquiátricas femininas tem sido cada vez mais estabelecida. Assim, os quadros específicos da mulher, como depressão puerperal, disforia pré-menstrual ou depressão na menopausa, possuem forte correlação com o balanço estrogênicos/progestagênicos.

Dessa maneira, o uso de tamoxifeno ou outros antiestrógenos usados em mulheres receptores de estrogênio ou progesterona-positivos traz o risco teórico de desenvolvimento de quadros depressivos. A utilização de tamoxifeno pode acarretar sintomas de menopausa, como fogachos ou amenorréia, ou mesmo induzir à menopausa precoce. Duffy *et al.* (1999) chamam a atenção para outros sintomas, tais como disforia e insônia. Apesar desse relato, de maneira geral, não se tem apontado na literatura o risco de depressão decorrente do uso de antiestrógenos, principalmente o tamoxifeno (Kunkel e Chen, 2003).

Outro aspecto interessante é o uso ou não da terapia de reposição hormonal (TH) em mulheres menopausadas que sofrem os desconfortos desse período (como secura vaginal, fogachos, atrofia urogenital) e que apresentam antecedentes ou diagnóstico prévio de

câncer de mama. Davis *et al.* (2005), em uma excelente revisão da terapia hormonal pós-menopausal, apontam que o uso em longo prazo de terapia oral com estrogênicos-progestagênicos parece estar associado a pequeno, porém estatisticamente significativo, aumento no risco de câncer de mama invasivo. Em um interessante guia de orientação, Pritchard *et al.* (2002) condenam o uso da TH e apontam alternativas a essas mulheres, como a indicação do antidepressivo venlafaxina para fogachos.

Impacto funcional do câncer de mama segundo a idade

Em 1997, foi iniciado o CAMS, sigla em inglês para Estudo do Câncer e Menopausa, a fim de avaliar a QV em sobreviventes de câncer de mama, e desde então seus resultados têm sido publicados. Em um desses artigos, Ganz *et al.* (2003a) avaliaram que a QV de mulheres mais jovens pode ser considerada boa, embora inferior quando comparadas a mulheres na mesma faixa etária sem diagnóstico de câncer. Os prejuízos avaliados apareciam mais fortemente relacionados aos sintomas de menopausa precoce induzida pelo tratamento, com conseqüente repercussão de piora no estado emocional, ou seja, lidar com a saúde reprodutiva da mulher é de suma importância.

Outro fator importante no empobrecimento da QV é o sentimento de vulnerabilidade após o câncer. De fato, as mulheres mais jovens são um foco especial de atenção. Avis *et al.* (2005) também descreveram a QV em mulheres mais jovens, no período do 4º ao 42º mês após o diagnóstico e seus fatores associados ao prejuízo da QV. O estudo confirmou a literatura que tem afirmando que essas mulheres reportam grande morbidade psicológica após o diagnóstico, e que sintomas físicos, principalmente aqueles associados à menopausa, tais como fogachos, dificuldades de controle vesical ou secura vaginal, são fatores muito significativos na perda da QV. Em relação ao tempo, uma diminuição da QV logo após o diagnóstico pode sugerir reação de ajustamento ou mesmo depressão. O estudo conclui pela maior dificuldade de adaptação desse grupo etário e sugere foco especial de acompanhamento e orientação a ser exercido o mais precocemente possível.

Ganz *et al.* (2003b) também avaliaram a QV de mulheres mais idosas. O artigo é um estudo com 852 mulheres sobre a QV no ajustamento psicológico da mulher após 15 meses de diagnóstico, com a efetivação de 829 mulheres. Os resultados demonstraram que as pacientes que tiveram suporte psicológico conseguiram suportar melhor o tratamento com quimioterapia e radioterapia do que as pacientes que não receberam o mesmo suporte. Ao final de 15 meses, as pacientes que receberam tal suporte psicológico haviam obtido melhor resultado do ponto de vista mental, já que apresentaram menos escores de tristeza e prejuízo em sua vida social. As pacientes que não receberam tal orientação já no

final do terceiro mês começavam a apresentar distúrbios psicológicos e elevada taxa de não tolerância em relação ao tratamento com radioterapia e quimioterapia. O estudo conclui que mulheres que recebem suporte mental na época do tratamento da quimioterapia e radioterapia conseguem chegar ao final do 15º mês de atendimento apresentando menos prejuízos na sua vida pessoal e social.

Kroenke *et al.* (2004) também exploraram o impacto de mudanças físicas e psicossociais segundo a idade do diagnóstico. Encontraram que mulheres jovens (menos de 40 anos) com câncer de mama invasivo experimentavam perdas maiores na questão física, dores corporais, função social e saúde mental, quando comparadas com mulheres de meia-idade (41 a 64 anos) ou idosas (acima de 65 anos). De fato, houve declínios em taxas de QV em mulheres jovens duas vezes mais que nos outros grupos. Com exceção da função física, que parece ter efeito cumulativo com a idade, a mulher jovem é uma população distinta que difere em sua resposta ao diagnóstico de câncer de mama. As perdas na esfera psicossocial se referem ao medo da morte, à impossibilidade de retornarem ao trabalho, às questões relacionadas ao trabalho e ao desenvolvimento de prole. Os pesquisadores consideraram que mulheres idosas são menos propensas a receberem quimioterapia que as jovens, menos prováveis a terem nódulo positivo e mais propensas a receberem hormonoterapia (tamoxifeno).

De fato, uma questão muito significativa relacionada às mulheres jovens é a imagem corporal associada a questões da sexualidade. Fobair *et al.*, em um estudo ainda em publicação (2005), examinaram essa questão. Metade da população de 546 mulheres estudadas experimentou dois ou mais problemas relacionados com a imagem corporal em algum tempo do seguimento, e 17% experimentaram pelo menos um problema todo o tempo. Entre as mulheres sexualmente ativas, maiores problemas de imagem corporal estiveram associados à mastectomia e possível reconstrução, à perda de cabelos decorrentes da quimioterapia, às alterações de peso, à perda de saúde mental, à baixa auto-estima e às dificuldades do parceiro em compreender os seus sentimentos.

Apesar de as mulheres jovens estarem mais propensas a sofrer impacto psicológico, as mulheres idosas também apresentam desafios específicos, segundo Kua (2005): diminuição em auto-relatar alterações psicopatológicas (por exemplo, sintomas depressivos), comorbidades, polifarmácia, mudanças farmacocinéticas e farmacodinâmicas, alterações cognitivas, diminuição do suporte social, do aporte financeiro e, possivelmente, do conhecimento envolvendo as opções de tratamento para o câncer. Tais dificuldades trazem conseqüências negativas para a detecção, o tratamento, a reabilitação e a prevenção do câncer. Existe também maior necessidade de equipe de enfermagem. Há poucos estudos relatando a prevalência de depressão ou ansiedade específica a

essa faixa, mas, como se esperaria, a prevalência de quadros mentais orgânicos é maior.

Nível socioeconômico

Apesar de já serem conhecidas as incidências aumentadas de depressão em mulheres com câncer, poucos estudos têm sido direcionados para as minorias étnicas, principalmente estudando as populações de baixa renda. Ell *et al.* (2005) estudaram a prevalência de depressão entre mulheres norte-americanas com baixo nível econômico-cultural e com diagnóstico de câncer ginecológico ou de mama e encontraram uma prevalência maior em relação a outros grupos populacionais, com correlações de dor, ansiedade e perda de QV no quesito saúde. Preocupações econômicas são uma particularidade desse grupo, principalmente em relação à qualidade do tratamento recebido, e podem ser um fator relacionado à depressão. Os autores sugerem que as particularidades desse grupo possam definir ações específicas. Embora não haja nenhum estudo específico da realidade brasileira, os achados desse estudo podem ser extrapolados à realidade de grande parte da população brasileira.

A questão da sexualidade e a vida marital

Como já dito anteriormente, diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem afetar significativamente a vida sexual da mulher ou do casal. Anllo (2000) fez uma importante revisão desse tema, ressaltando tópicos como o ajustamento marital, que, embora mantenha similaridades com casais controles, tende a apresentar maiores dificuldades entre casais com menos de 50 anos de idade. Essas dificuldades também tendem a ser piores ou mais frequentes em casais que já apresentavam dificuldades sexuais prévias ao diagnóstico.

Em relação aos aspectos cirúrgicos, a lumpectomia, embora melhor em relação à imagem corporal, parece não impactar a vida sexual; no entanto, a diminuição da função ovariana é um fator muito significativo no ajustamento da função sexual, que pode ocorrer pela quimioterapia, pela ooforectomia (principalmente em mulheres com câncer metastático) ou mulheres menopausadas que descontinuam a TH após o diagnóstico de câncer de mama. O tamoxifeno, como já relatado anteriormente, pode levar à atrofia vaginal e à diminuição do desejo. Há ainda fatores não-hormonais apontados, como fadiga e náusea, e elaborações psicológicas como infertilidade, medo da morte, ruína financeira e responsabilidades familiares, que podem resultar em mudanças na questão do desejo e do orgasmo. Após o diagnóstico, a mulher pode passar a viver em função do tratamento, com muitas interferências na vida sexual, com a sensação que a vida lhe está sendo roubada.

Reações de ajustamento ou mesmo depressão e ansiedade têm forte impacto sobre a sexualidade. A

questão também pode ser muito significativa no contexto de casais que ainda não tiveram prole e ainda estão em idade reprodutiva. O medo de abandono também é um fator significativo, a partir do pensamento de que essas mulheres podem estar privando seus parceiros de atividade sexual. A autora enfatiza que mesmo mulheres mais velhas podem sentir o impacto sobre a sua sexualidade.

Intervenções medicamentosas em oncopsiquiatria

A decisão de aplicar psicofármacos nessas pacientes deve ser examinada cuidadosamente. Por um lado, deve-se ponderar que os quadros psiquiátricos, como ressaltado anteriormente, têm uma série de consequências negativas na evolução do câncer, com evidente piora na QV, pelos altos índices de morbidade associados, e podendo muitas vezes levar ao abandono do tratamento; por outro lado, a questão das interações medicamentosas, em particular os quimioterápicos.

A literatura tem relatado ensaios com frequência, ponderando a aplicabilidade e os resultados dos mais diversos grupos de fármacos, em particular os antidepressivos. Descrever cada um foge aos objetivos desta revisão. Assim, colocaremos algumas linhas gerais que devem ser consideradas na escolha de uma determinada medicação.

- Considerar a possibilidade de interação farmacocinética e farmacodinâmica, principalmente em relação aos quimioterápicos. Bons manuais de interações podem ser muito úteis no caso;
- Optar pela monoterapia e começar com doses baixas, com aumentos graduais e ponderados, quando o paciente estiver sendo submetido a esquemas quimioterápicos. Isso deve ser considerado mesmo em situações mais graves, como no risco de suicídio;
- Considerar a possibilidade de disfunções cognitivas; portanto, utilizar medicações sedativas ou com esse perfil somente em caso de necessidade formal e preferindo dosagens mais baixas, pelo risco de *delirium*, particularmente em pacientes mais idosas ou com metástases;
- Em caso de neurolépticos, lembrar que essas pacientes estão mais sujeitas à fadiga muscular; portanto, preferir os que têm menos efeitos colaterais parkinsonianos, salvo se for essa a indicação (contenção motora).

É importante lembrar que tratamentos casados, ou seja, medicação mais psicoterapia, podem trazer resultados mais eficientes e até mesmo minimizar as dosagens dos fármacos.

Intervenções psicossociais em oncopsiquiatria

As possibilidades de intervenções psicoterapêuticas em oncopsiquiatria são muito amplas e variadas. Kunkel e

Chen (2003) aventaram esse grande leque de possibilidades: individual ou em grupo, familiar, marital, cognitivo-comportamental ou de base analítica, breve ou de longa duração, com enfoques específicos ou tema aberto, suporte ou paliativa, entre outras tantas variações.

Bloch e Kissane (2000) abordaram duas possibilidades de intervenção: a intervenção em familiares de pacientes terminais, pressupondo um comportamento mal-adaptativo desses membros, e a intervenção em mulheres em fase inicial de diagnóstico e tratamento, que poderiam se beneficiar com o fortalecimento em relação à experiência emocional de sua doença e demandas do tratamento. Em relação a essa abordagem, eles definiram um grupo, com duração limitada, dentro do modelo cognitivo-existencialista e estabeleceram seis metas: melhorar o sentimento de tristeza profunda relacionada às múltiplas perdas, melhorar os padrões de comportamento mal-adaptativos, incrementar as habilidades de enfrentamento e solução de problemas, prover um sentido de domínio e engajamento com a vida, promover um ambiente de suporte favorável e facilitar o entendimento das futuras prioridades.

Fawzy *et al.* (1995) revisaram as quatro possibilidades de intervenção mais utilizadas no cuidado do câncer: educacional, treinamento comportamental, psicoterapia individual e intervenções de grupo, e concluíram que todas elas podem trazer algum tipo de vantagem aos pacientes, sendo que as formas estruturadas de intervenção (como educacional em saúde, manejo do estresse, treinamento comportamental, incluindo técnicas de enfrentamento de problemas e grupos de suporte psicossocial) oferecem os maiores benefícios potenciais aos pacientes recém-diagnosticados ou nas fases iniciais de tratamento, além de terem as vantagens de serem menos estigmatizantes, mais facilmente aceitas pela equipe e pelos pacientes, e estarem integradas ao cuidado multidisciplinar dos pacientes com câncer. Ressaltam que os cuidados psiquiátricos devem estar integrados no contexto de toda uma equipe e jamais ser independente do restante do tratamento.

Poucos estudos têm sido efetivados a respeito da efetividade das mais diversas abordagens em mulheres com câncer de mama metastático. Edwards *et al.* (2005) fizeram uma ampla revisão do tema com importantes achados: a taxa de participação de intervenções psicoterapêuticas nessas mulheres pode ser considerada baixa quando se leva em consideração a rotina clínica. Não havia nenhum estudo provendo psicoterapia individual, educacional ou mesmo cognitivo-comportamental, e dentro das abordagens oferecidas, os dados de eficácia são controversos, tendendo à conclusão de que seriam ineficientes. No entanto, abordagens a esse grupo de mulheres continuarão a ser oferecidas, ressaltando-se o rigor metodológico no direcionamento de futuras pesquisas.

Medicina alternativa e tratamentos para o câncer

O uso de métodos médicos não-convencionais tem crescido em interesse e aplicabilidade, não somente na oncologia ou psiquiatria, como na medicina em geral.

Dessa forma, a acupuntura e a medicina tradicional chinesa, assim como a medicina ayurvédica, têm sido empregadas, e os estudos a respeito de sua funcionalidade têm crescido, ou seja, o uso com critério científico. Em pacientes com câncer, é bom lembrar, o desespero e a frustração dos pacientes podem levar à busca de qualquer método que prometa cura ou conforto, muitas vezes sem qualquer rigor científico.

Shannahoff-Khalsa (2005) aponta o uso de técnicas de meditação e ioga-kundalini aplicados à oncopsiquiatria direcionados ao tratamento de ansiedade, fadiga, estimulação do sistema imune para o tratamento de tumores sólidos, expansão e integração da mente, desenvolvimento de uma mente comparativa, compreensiva e intuitiva e regeneração do sistema nervoso central. O uso dessas técnicas pode ser muito significativo, inclusive, em termos de cuidados paliativos.

Conclusões

A oncopsiquiatria já pode ser considerada uma subespecialidade dentro da psiquiatria, e o seu interesse e estudo têm crescido de maneira exponencial. Mais do que isso, o oncopsiquiata tem tido participações cada vez mais significativas dentro das equipes multidisciplinares envolvidas na espiral de complexidade que é um tratamento de um tumor.

O câncer de mama é um capítulo muito especial dentro desse contexto pelo que traz à margem de discussão a essência do feminino e as suas questões.

Muitas dessas foram levantadas neste texto, específicas ou não ao câncer de mama, relacionadas ao diagnóstico e/ou ao tratamento. Tal levantamento é muito importante no sentido da compreensão do momento vivido por essas mulheres e para fornecer luz às equipes terapêuticas com elas envolvidas.

O objetivo desta revisão foi fazer um apanhado conciso, porém relevante, de algumas dessas questões. Entendemos que muitos dos tópicos levantados neste artigo são por si só temas de revisões, e, por mais amplo que tenha pretendido ser este artigo, outras questões também igualmente importantes podem ter sido excluídas.

Dessa forma, relevamos o seguinte em relação a tudo o que foi levantado: manter vigilância quanto aos aspectos psíquicos de mulheres acometidas com câncer de mama e à sua QV, em especial à imagem corporal, saúde e desconfortos físicos, trabalho e vida sexual.

Esperamos que este artigo acrescente àqueles que estudam o tema, abra interesse em outros e possa servir como foco de possíveis discussões sobre o assunto.

Referências bibliográficas

- ANILLO, L.M. - Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26: 241-248, 2000.
- AVIS, N.E.; CRAWFORD, S.; MANUEL, J. - Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 23: 3322-3330, 2005.
- BALLATORI, E.; ROILA, F. - *Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. health and quality of life outcomes*. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/1/1/46>. Acessado em 23/01/2006.
- BLOCH, S.; KISSANE, D. - Psychotherapies in psycho-oncology - an exciting new challenge. *Brit J Psychiatry* 177: 112-116, 2000.
- BURGUESS, C.; CORNELIUS, V.; LOVE, S.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M.; RAMIREZ, A. - Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 330: 702, 2005.
- DAVIS, S.R.; DINATALE, I.; RIVERA-WOLL, L.; DAVISON, S. - Postmenopausal hormone therapy: from monkey glands to transdermal patches. *Journal of Endocrinology* 185: 207-222, 2005.
- DUFFY, L.S.; GREENBER D.B.; YOUNGER, J.; FERRARO, M.G. - Iatrogenic acute estrogen deficiency and psychiatric syndromes in breast cancer patients. *Psychosomatics* 40 (4): 304-308, 1999.
- DUMITRESCU, R.G.; COTARLA, I. - Understanding breast cancer risk - where do we stand in 2005. *J Cell Mol Med* 9 (1): 208-221, 2005.
- EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP - Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 16: 1451-1467, 1998a.
- EARLY BREST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP - Polychemotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 19: 930-942, 1998b.
- EDWARDS A.G.K.; HAILEY S.; MAXWELL, M. - Psychological interventions for women with metastatic breast cancer (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 2. Oxford: Update Software, 2005.
- ELL K.; SANCHEZ K.; VOURLEKIS, B. *et al.* - Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol* 23: 3052-3060, 2005.
- ENGEL, J.; KERR, J.; SCHLESINGER-RAAB, A.; SAUER, H.; HÖLZEL, D. - Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal* 10 (3): 223-231, 2004.
- FAWZY, F.I.; FAWZY, N.W.; ARNDT, L.A.; PASNAU, R.O. - Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 52: 100-113, 1995.
- FOBAIR, P.; STEWART, S.L.; CHANG, S.; D'ONOFRIO, C.; BANKS P.J.; BLOOM, J.R. - Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology* (no prelo).
- GANZ, P.A.; GREENDALE, G.A.; PETERSEN, L.; KAHN, B.; BOWER, J.E. - Breast cancer in younger women: reproductive and late effects of treatment. *J Clin Oncol* 21: 4184-4193, 2003a.
- GANZ, P.A.; GUADAGNOLI, E.; LANDRUM, M.B.; LASH, T.L.; RAKOWSKI, W.; SILLIMAN, R.A. - Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol* 21 (21): 4027-4033, 2003b.
- HALSTED, W.S. - A clinical and histological study of certain adenocarcinomata of the breast: and a brief consideration of the supraclavicular operation and of the results of operations for cancer of the breast from 1889 to 1898 at the Johns Hopkins Hospital. *Ann Surg* 28: 557-576, 1898.
- HATCHER, M.B.; FALLOWFIELD, L.; A'HERN, R. - The psychosocial impact of bilateral prophylactic mastectomy: prospective study using questionnaires and semistructured interviews. *BMJ* 322: 76-79, 2001.
- INCA. *Estimativa INCA 2005: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2004.
- KADAN-LOTTICK, N.S.; VANDERWERKER, L.C.; BOCK, S.D.; ZHANG, B.; PRIGERSON, H.G. - Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer* 104: 2872-2881, 2005.
- KIECOLT-GLASER, J.K.; MCGUIRE, L.; ROBLES T.F.; GLASER, G. - Psycho-neuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine* 64: 15-28, 2002.
- KORNBLITH, A.B.; LIGIBEL, J. - Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol* 30 (6): 799-813, 2003.
- KROENKE, C.H.; ROSNER, B.; CHEN, W.Y.; KOWACHI, I.; COLDITZ, G.A.; HOLMES, M. - Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *J Clin Oncol* 22: 1849-1856, 2004.
- KUA, J. - The prevalence of psychological and psychiatric sequelae of cancer in the elderly - how much do we know? *Ann Acad Med Singapore* 34 (3): 250-256, 2005.
- KUNKEL, E.J.S.; CHEN, E.I. - Psychiatric aspects of women with breast cancer. *Psychiatr Clin N Am* 26: 713-724, 2003.
- MENDONÇA, G.A.S.; SILVA, A.M.; CAULA, W.M. - Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saúde Pública Rio de Janeiro* 20 (5): 1232-1239, 2004.
- NATIONAL CANCER POLICY BOARD - Psychosocial needs of women with breast cancer. In: Hewitt, M.; Herdman, R.; Holland, J. (eds). *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*. Washington DC: The National Academy of Press, 2004.
- NIEBOER, P.; BUIJS, C.; RODENHUIS, S. *et al.* - Fatigue and relating factors in high-risk breast cancer patients treated with adjuvant standard or high-dose chemotherapy: a longitudinal study. *J Clin Oncol* 23: 8296-8304, 2005.
- OKAMURA, M.; YAMAWAKE, S.; AKECHI, T.; TANIGUCHI, K.; UCHITOMI, Y. - Psychiatric disorders following first cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 35 (6): 302-309, 2005.
- OVERGAARD, M.; HANSEN P.S.; OVERGAARD, J. *et al.* - Postoperative radiotherapy in high-risk premenopausal women with breast cancer who receive adjuvant chemotherapy.

- Danish Breast Cancer Cooperative Group 82b Trial. *N Engl J Med* 337: 949-955, 1997.
- PAYNE, D.K.; HOFFMAN, R.G.; THEODOULOU, M.; DOSIK, M.; MASSIE, M.J. - Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics* 40: 64-69, 1999.
- PICCART-GEHBART, M.J.; PROCTER, M. *et al.* - Herceptin Adjuvant (HERA) Trial Study Team - Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med* 353: 1659-1672, 2005.
- ROMOND, E.H.; PEREZ, E.A.; BRYANT, J. *et al.* - Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med* 353: 1673-1684, 2005.
- SCHOVER, L.R. - Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Monogr Natl Cancer Int* 16: 177-182, 1994.
- SHANNAHOFF-KHALSA, D.S. - Kundalini yoga meditation techniques for psycho-oncology and as potential therapies for cancer. *Integrative Cancer Therapies* 4 (1): 87-100, 2005.
- VERONESI, U.; CASCINELLI, N.; MARIANI, L. *et al.* - Twenty-Year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 347: 1227-1232, 2002.
- VERONESI, U.; SACCOZZI, R.; DEL VECCHIO, M. *et al.* - Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 305: 6-11, 1981.
- WRENSCH, M.; CHEW, T.; FARREN, F. *et al.* - Risk factors for breast cancer in a population with high incidence rates. *Breast Cancer Res* 5 (4): R88-R102, 2003.