

## Mulheres com câncer de mama em uso de quimioterápicos: sintomas depressivos e adesão ao tratamento

Bianca Fresche de Souza<sup>1</sup>  
Jéssica Andrade de Moraes<sup>1</sup>  
Aline Inocenti<sup>2</sup>  
Manoel Antônio dos Santos<sup>3</sup>  
Ana Elisa Bauer de Camargo Silva<sup>4</sup>  
Adriana Inocenti Miasso<sup>5</sup>

**Objetivo:** verificar em mulheres com câncer de mama, atendidas na farmácia da central de quimioterapia de um hospital universitário, sintomas depressivos e adesão aos quimioterápicos. **Método:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 112 mulheres em uso de quimioterápicos. Para coleta dos dados utilizaram-se a entrevista estruturada, norteada por roteiro contendo dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, o teste de Morisky e o Inventário de Depressão de Beck. **Resultados:** constatou-se que 12,50% e 1,78% das pacientes apresentaram “depressão moderada” e “grave”, respectivamente, e, dessas, 10,59% não utilizavam antidepressivos. Houve associação estatisticamente significativa entre graus de depressão e uso de antidepressivo. Identificou-se falta de adesão ao tratamento em 46,43% das participantes. **Conclusão:** os achados indicam a importância do rastreamento regular para sintomas depressivos e adesão ao quimioterápico em mulheres com câncer de mama, visando a detecção precoce, tratamento adequado centrado na paciente e melhor qualidade de vida.

**Descritores:** Neoplasias da Mama; Quimioterapia; Depressão; Adesão à Medicação.

<sup>1</sup> Aluna do curso de graduação em Farmácia-Bioquímica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

<sup>2</sup> MSc, Enfermeira, Prefeitura Municipal da Estância Turística de Batatais, Batatais, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Doutor, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Professor Doutor, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Adriana Inocenti Miasso  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas  
Av. Bandeirantes, 3900  
Bairro: Monte Alegre  
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: amiasso@eerp.usp.br

**Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

O câncer de mama é a neoplasia maligna responsável pelo maior número de óbitos de mulheres no Brasil e no mundo. No ano 2012, a estimativa para o Brasil foi do total de 52.680 novos casos, o que significa incidência de 52,5/100.000 mulheres<sup>(1)</sup>.

Desde o diagnóstico, as alterações físicas e psicológicas são evidentes e impactantes. Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes e das taxas de sobrevida terem melhorado de forma significativa nos últimos anos, ter câncer continua a ser entendido como sofrimento e potencial risco de vida. Dentro desse processo, a paciente se depara com a perda iminente de um órgão altamente investido de representações sobre feminilidade e com o temor de uma doença incurável, o que resulta em sofrimento e estigmatização<sup>(2)</sup>.

Diversos fatores associam-se ao desencadeamento de estresse psicossocial e físico em pacientes com câncer de mama: cirurgia, tratamentos coadjuvantes, medo de recorrência da doença e morte, alterações no corpo, redução da feminilidade e da sexualidade<sup>(2)</sup>. Tais alterações vêm frequentemente acompanhadas de depressão, morbidade psiquiátrica comum durante e após o tratamento desse tipo de câncer<sup>(3)</sup>.

A esse respeito, a literatura evidencia que sintomas depressivos são recorrentes em pacientes com doença clínica, incluindo aqueles com câncer de mama. Tais sintomas, presentes em cerca de 22% das pacientes<sup>(4)</sup>, podem evoluir para um quadro crônico e impossibilitá-las de desempenhar suas tarefas cotidianas e, em situações mais graves, resultar em suicídio. Estudo revelou que, em pacientes com câncer, dor e depressão estiveram associadas ao risco de suicídio<sup>(5)</sup>. É essencial o acompanhamento da paciente com o propósito de identificar tais traços comportamentais, incluindo o pensamento suicida, com o intuito de implementar posterior abordagem farmacológica e não farmacológica<sup>(6)</sup>.

Apesar de ser recorrente em pacientes oncológicos, a depressão muitas vezes não é diagnosticada ou, quando o diagnóstico ocorre, não é tratada de maneira adequada. Somente 35% dos pacientes são diagnosticados e tratados adequadamente<sup>(7)</sup>. Tal aspecto é relevante, pois a depressão associa-se ao pior prognóstico e maior mortalidade pelo câncer<sup>(8)</sup>.

Pacientes oncológicos com sintomas depressivos tendem, ainda, a apresentar menor adesão a tratamentos propostos, com conseqüente piora do prognóstico<sup>(5)</sup>. Além dos sintomas depressivos, a literatura aponta vários

fatores como responsáveis para a baixa adesão entre tais pacientes, incluindo efeitos colaterais dos medicamentos, necessidade de mudança comportamental significativa, falhas na comunicação com os profissionais de saúde, serviços de saúde ineficientes, complexidade do regime terapêutico, insatisfação do paciente com o cuidado prestado, apoio social insuficiente, crenças do paciente sobre o tratamento, entre outros<sup>(9)</sup>. A não adesão aos medicamentos em pacientes com câncer de mama está associada a piores resultados clínicos, evidenciando a importância de seu rastreamento.

Todos os aspectos descritos apontam a importância da investigação de sintomas depressivos e da adesão aos quimioterápicos em pacientes com câncer de mama, visando a otimização do tratamento e melhor qualidade de vida.

## Objetivo

Verificar, em mulheres com câncer de mama, atendidas na farmácia da central de quimioterapia de um hospital universitário de grande porte, sintomas depressivos e adesão ao tratamento quimioterápico.

## Método

Trata-se de estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado na farmácia da central de quimioterapia de um hospital universitário de grande porte, localizado em um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil. A referida farmácia dispensa gratuitamente medicamentos quimioterápicos, para via oral ou injetável, para pacientes em seguimento na instituição.

A amostra de conveniência constituiu-se de 112 pacientes com diagnóstico de câncer de mama, que retiraram o quimioterápico nessa farmácia, no período de outubro de 2012 a março de 2013. Os critérios para inclusão no estudo foram: ter diagnóstico médico de câncer de mama, ter prescrição de uso de quimioterápico para seu tratamento e ter idade igual ou superior a 18 anos. Todas as pacientes que compareceram ao serviço no período de coleta dos dados e que preencheram os critérios de inclusão foram convidadas a participar.

A entrevista estruturada, realizada em sala privativa no próprio serviço, foi a técnica utilizada para a coleta dos dados e se baseou em um roteiro composto por três partes. A primeira era composta por dados de identificação demográfica, socioeconômica, clínica e terapêutica dos pacientes. Quanto aos medicamentos, a

descrição foi baseada no primeiro nível de classificação Anatômica Química e Terapêutica (*Anatomical Therapeutic Chemical-ATC*) da OMS ([www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index](http://www.whocc.no/atc_ddd_index)).

A segunda parte do roteiro consistiu no teste de Morisky<sup>(10)</sup>, que permite identificar o grau de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e avaliar seu comportamento quanto ao uso diário do medicamento. O instrumento é constituído por 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 mensurada por meio de respostas dicotômicas: "Não" e "Sim", às quais foram atribuídos os valores 0 (zero) ou 1, respectivamente. Assim, para cada resposta positiva atribuiu-se o valor 1 e, às respostas negativas, o valor 0. Objetivando a comparação e discussão dos resultados, definiu-se como critério para classificar o grau de adesão: mais aderentes, pacientes que obtiveram 0 ponto no teste de Morisky, e como menos aderentes, aqueles que obtiveram de 1 a 4 pontos no instrumento.

A terceira parte do roteiro visava identificar a presença de sintomas depressivos na amostra em estudo. Para tanto, foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck<sup>(11)</sup>. Esse instrumento consiste em uma escala sintomática de autorrelato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta, a respeito do que o sujeito tem sentido na última semana, incluindo a data da aplicação, e que correspondem a distintos níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que permite dimensionar a intensidade dos sintomas depressivos e que pode ser classificado nos seguintes níveis: "sem depressão", "disforia", "depressão moderada" e "depressão grave". A escolha do ponto de corte adequado para cada nível depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras não diagnosticadas com depressão, como é o caso deste estudo, recomendam-se escores acima de 15 para detectar "disforia" e o termo "depressão" é designado para casos com pontuação acima de 20.

Após a aplicação dos instrumentos, os dados relacionados à adesão e ao Inventário de Depressão de Beck foram 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, quando a frequência de pacientes encontrada para a variável foi inferior a cinco; entretanto, para uma frequência maior do que o referido valor, foi utilizado o teste qui-quadrado. Para tanto, as variáveis foram dicotomizadas, adotando-se nível de significância estatística de  $\alpha=0,05$ .

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição na qual o estudo foi desenvolvido (Processo HCRP nº6349/2010), e os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Participaram do estudo 112 mulheres com idade entre 26 e 90 anos. Houve maior porcentagem de mulheres casadas (47,32%), aposentadas (34,82%) e do lar (28,57%).

A maioria das pacientes em tratamento utilizava apenas um quimioterápico (94,64%), medicamentos pertencentes à classificação L02B-agonistas hormonais e agentes relacionados (98,21%), e havia realizado, no máximo, uma cirurgia na vida (58,04%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das participantes do estudo, de acordo com as variáveis clínicas e terapêuticas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Variáveis	n	%
Número de medicamentos		
Um medicamento	106	94,64
Acima de um medicamento	6	5,36
Classificação ATC		
Agentes alquilantes (L01A)	2	1,78
Antimetabólitos (L01B)	1	0,89
Alcaloides de plantas e outros produtos naturais (L01C)	2	1,78
Antibiótico citotóxico e substâncias relacionadas (L01D)	2	1,78
Outros agentes antineoplásicos (L01X)	1	0,89
Agonistas hormonais e agentes relacionados (L02B)	110	98,21
Número de cirurgias		
Até uma cirurgia	65	58,04
Acima de uma cirurgia	47	41,96
Tempo de diagnóstico		
1-30 meses	56	50,00
31-144 meses	56	50,00
Total	112	100,00

Identificou-se que 12,50 e 1,78% das pacientes apresentaram “depressão moderada” e “grave”, respectivamente, de acordo com a classificação da intensidade dos sintomas depressivos preconizada pelo Inventário de Depressão de Beck<sup>(11)</sup>. Como o uso de antidepressivo é, habitualmente, indicado para pacientes com depressão moderada e grave, para apresentação dos dados sobre a utilização da referida classe terapêutica optou-se por dicotomizar a intensidade dos sintomas depressivos em: “sem depressão ou com disforia” e com “depressão moderada e grave”. Observa-se que 10,59% das pacientes classificadas com “depressão moderada” e “grave” não utilizavam antidepressivo e 25,93%, apesar de fazerem uso de antidepressivo, apresentaram sintomas depressivos. Houve associação estatisticamente significativa entre a intensidade dos sintomas depressivos e o uso de antidepressivo ( $\chi^2=0,998$ ;  $p=0,04$ ), destacando-se que 74,07% das pacientes que faziam uso de antidepressivo não tinham sintomas depressivos ou apresentavam sintomas considerados leves (Figura 1).

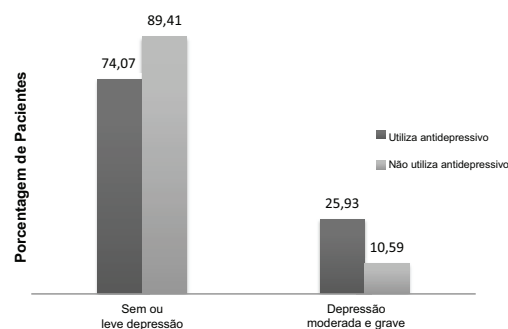


Figura 1 - Distribuição das participantes do estudo, de acordo com a intensidade dos sintomas depressivos e utilização de antidepressivo

A análise dos dados revelou que não houve associação estatisticamente significativa entre a intensidade dos sintomas depressivos e as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e terapêuticas investigadas neste estudo. É importante mencionar, entretanto, que houve maior porcentagem de depressão moderada e grave entre as mulheres com até 56 anos (19,64%), com renda (16,89%), com mais que três dependentes (22,22%) e que já se submeteram a duas ou mais cirurgias (17,39%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de sintomas depressivos, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e terapêuticas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Variável	Disforia e sem depressão	Depressão moderada e grave	Total	p
	N (%)	N (%)	N(%)	
Idade				0,10
Até 56 anos	45 (80,36)	11 (19,64)	56 (100,00)	
57 anos ou mais	51 (91,07)	05 (8,93)	56 (100,00)	
Estado civil				0,64
Com parceiro	48 (87,27)	07 (12,73)	55 (100,00)	
Sem parceiro	48 (84,21)	09 (15,79)	57 (100,00)	
Escolaridade				0,65
Fundamental completo	87 (86,14)	14 (13,86)	101 (100,00)	
Superior ou pós-graduação	09 (81,81)	02 (18,19)	11 (100,00)	
Ocupação				0,38
Com renda	64 (83,11)	13 (16,89)	77 (100,00)	
Sem renda	32 (91,43)	03 (8,57)	35 (100,00)	
Renda <i>per capita</i>				0,87
Até 400 reais	52 (85,25)	09 (14,75)	61 (100,00)	
Acima de 400 reais	44 (86,27)	07 (13,73)	51 (100,00)	
Número de dependentes				0,17
Até 3 dependentes	75 (88,23)	10 (11,77)	85 (100,00)	
Acima de 3 dependentes	21 (77,78)	06 (22,22)	27 (100,00)	
Número de cirurgias				0,43
Até uma cirurgia	58 (87,88)	08 (12,12)	66 (100,00)	
Duas ou mais cirurgias	38 (82,61)	08 (17,39)	46 (100,00)	
Número de medicamentos				1,00
Até um medicamento	91 (85,85)	15 (14,15)	106 (100,00)	
Acima de um medicamento	05 (83,33)	01 (16,67)	06 (100,00)	

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

Variável	Disforia e sem depressão	Depressão moderada e grave	Total	p
	N (%)	N (%)	N(%)	
Tempo de diagnóstico				0,80
Até 12 meses	17 (85,00)	03 (15,00)	20 (100,00)	
De 13 a 36 meses	45 (83,33)	09 (16,67)	54 (100,00)	
De 37 a 60 meses	18 (85,71)	03 (14,29)	21 (100,00)	
Mais do que 60 meses	16 (94,12)	01 (5,88)	17 (100,00)	

Constatou-se que 46,43% das pacientes não aderiram aos medicamentos prescritos para o tratamento do câncer. Destaca-se que 5,35% apresentavam "depressão moderada" ou "grave". Verificou-se que, entre as pacientes sem sintomas depressivos, a maioria era aderente aos medicamentos (Figura 2).

Não houve associação significativa entre a adesão aos quimioterápicos e as variáveis investigadas ( $p > 0,05$ ); entretanto, verificou-se maior porcentagem de adesão entre as mulheres com idade igual ou superior a 57 anos (57,14%), sem parceiro (56,14%), com renda (57,14%) e com até 12 meses de diagnóstico (70,00%) (Tabela 3).

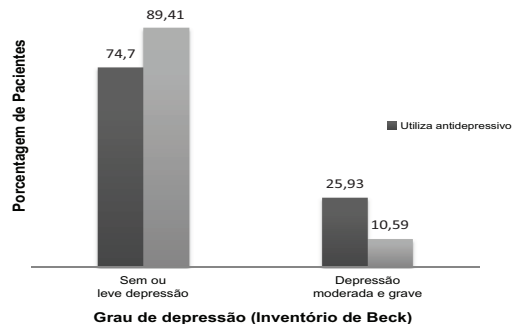


Figura 2 - Distribuição das participantes do estudo, de acordo com classificação dos sintomas depressivos e adesão ao tratamento quimioterápico.

Tabela 3 - Prevalência de adesão aos quimioterápicos, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, clínicas e terapêuticas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Variável	Aderente	Não Aderente	Total	p
	N (%)	N (%)	N (%)	
Idade				
Até 56 anos	27 (48,21)	29 (51,79)	56 (100,00)	0,34
57 anos ou mais	32 (57,14)	24 (42,86)	56 (100,00)	
Estado civil				
Com parceiro	27 (49,09)	28 (50,91)	55 (100,00)	0,45
Sem parceiro	32 (56,14)	25 (43,86)	57 (100,00)	
Escolaridade				
Fundamental completo	52 (51,49)	49 (48,51)	101 (100,00)	0,53
Superior ou pós-graduação	07 (63,64)	04 (36,36)	11 (100,00)	
Ocupação				
Com renda	44 (57,14)	33 (42,86)	77 (100,00)	0,16
Sem renda	15 (42,86)	20 (57,14)	35 (100,00)	
Renda per capita				
Até 400 reais	31 (50,82)	30 (49,18)	61 (100,00)	0,66
Acima de 400 reais	28 (54,90)	23 (45,10)	51 (100,00)	
Número de dependentes				
Até 3 dependentes	44 (51,76)	41 (48,24)	85 (100,00)	0,73
Acima de 3 dependentes	15 (55,56)	12 (44,44)	27 (100,00)	
Número de cirurgias				
Até 1 cirurgia	34 (51,51)	32 (48,49)	66 (100,00)	0,76
Acima de 2 cirurgias	25 (54,35)	21 (45,65)	46 (100,00)	
Número de medicamentos				
Até 1 medicamento	56 (52,83)	50 (47,17)	106 (100,00)	1,00
Acima de 1 medicamento	03 (50,00)	03 (50,00)	06 (100,00)	
Tempo de diagnóstico				0,12
Até 12 meses	14 (70,00)	06 (30,00)	20 (100,00)	
De 13 a 36 meses	26 (50,00)	26 (50,00)	52 (100,00)	
De 37 a 60 meses	10 (45,46)	12 (54,54)	22 (100,00)	
Mais do que 60 meses	09 (50,00)	09 (50,00)	18 (100,00)	

## Discussão

Este estudo verificou sintomas depressivos e adesão ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama. Constatou-se que 12,50% e 1,78% das pacientes apresentaram “depressão moderada” e “grave”, respectivamente, de acordo com a classificação adotada por Beck<sup>(11)</sup>. A literatura relata que mulheres com câncer de mama que são submetidas à quimioterapia apresentam maior taxa de depressão<sup>(12)</sup>. Dentre os fatores que contribuem para a depressão pode-se mencionar o distúrbio do sono, sintomas de menopausa, náusea, além da dor proveniente dos elevados níveis de citocinas pró-inflamatórias devido ao dano tecidual resultante da quimioterapia e radioterapia<sup>(13)</sup>. Deve-se considerar ainda que a redução brusca dos níveis de estrogênio, durante a quimioterapia, pode favorecer a sintomatologia depressiva, uma vez que esse hormônio aumenta a sensibilidade da serotonina no cérebro<sup>(14)</sup>.

A depressão é uma condição crônica associada a níveis altos de incapacitação funcional, má evolução de doenças clínicas concomitantes, grave sofrimento psíquico e físico, podendo ter como desfecho o suicídio<sup>(5)</sup>. Nesse contexto, é preocupante o fato de 10,59% das pacientes que não utilizavam antidepressivos apresentarem “depressão moderada” e “grave”.

Destaca-se que, mesmo em uso de antidepressivos, 25,93% das pacientes ainda apresentavam sintomas depressivos. Possível explicação para esse achado seria o tempo de uso do antidepressivo inferior ao necessário para obtenção dos resultados terapêuticos, variável essa não investigada neste estudo. A literatura aponta, todavia, que cerca de 30 a 50% das depressões não respondem satisfatoriamente ao tratamento de primeira escolha, mesmo quando realizado de modo adequado, independentemente do primeiro antidepressivo prescrito<sup>(15)</sup>. Estudo que investigou sintomas depressivos, em uma amostra de pacientes com diagnóstico de depressão em uso contínuo de medicamentos, identificou que 42% dos indivíduos ainda apresentavam sintomas graves<sup>(16)</sup>.

Os aspectos descritos revelam a importância da utilização de intervenções psicossociais, além da terapêutica medicamentosa, no tratamento da depressão, visando a recuperação completa e melhor qualidade de vida do paciente<sup>(17)</sup>. Nesse caso, a psicoterapia, com suas diferentes abordagens, pode ser utilizada tanto como tratamento primário quanto como adjuvante à farmacoterapia, principalmente ao se considerar as características do tratamento do paciente com câncer.

Constatou-se associação estatisticamente significativa entre a intensidade dos sintomas depressivos e o uso de antidepressivo. A maioria das pacientes (74,07%) que fazia uso de antidepressivo não tinha sintomas depressivos ou apresentava sintomas considerados leves. Para essa população, a importância dos antidepressivos também está relacionada à sua eficácia para outros sintomas frequentemente associados ao câncer de mama, incluindo a fadiga, dificuldades para dormir e ondas de calor<sup>(18)</sup>.

Quanto à relação entre sintomas depressivos e as variáveis investigadas neste estudo, destaca-se a maior porcentagem de “depressão moderada” e “grave” entre as mulheres com até 56 anos, pois não há consenso na literatura de como a idade se relaciona à depressão. Estudo aponta, todavia, a intensa preocupação de mulheres jovens com câncer de mama em relação ao tratamento quimioterápico, pois esse reduz a produção de hormônios femininos, o que pode resultar em menopausa precoce com consequente infertilidade, além da dificuldade em lidar com a tensão psicológica vinculada à retirada parcial ou total da mama<sup>(6)</sup>.

Constatou-se, nesta pesquisa, que 46,43% das pacientes não aderiram aos medicamentos quimioterápicos prescritos para o tratamento do câncer. Tal porcentagem é elevada, considerando-se as consequências do referido comportamento, pois a diminuição dos níveis de adesão está associada ao aumento do risco de morte<sup>(19)</sup>.

Estudo revelou que a não adesão ao tamoxifeno esteve associada à diminuição da sobrevida livre da doença<sup>(20)</sup>. Esse dado é relevante para o presente estudo, pois a maioria das pacientes investigadas (98,21%) utilizava medicamentos pertencentes à classificação L02B- agonistas hormonais e agentes relacionados, sendo o tamoxifeno o mais prescrito. O tamoxifeno é um adjuvante hormonal de estrogênio utilizado há mais de 25 anos no tratamento de mulheres com câncer de mama, com eficácia comprovada na redução de mortalidade e prevenção de recidiva. A utilização do tamoxifeno, quando comparado a pacientes sem tratamento, reduz em cerca de 15 anos o risco de recorrência do câncer<sup>(21)</sup>.

Dentre os fatores comumente apontados para a não adesão ao tratamento em pacientes com câncer de mama, destacam-se os efeitos adversos da terapia. A hormonioterapia, incluindo o tamoxifeno, pode ocasionar ondas de calor, retenção de líquidos, sangramento, erupção cutânea, prurido e secreção vaginal, aumento do risco para câncer de endométrio, artralgia, trombose venosa profunda, entre outros<sup>(22)</sup>.

Não se identificou associação estatisticamente significativa entre adesão aos quimioterápicos e as variáveis investigadas. Destaca-se, no entanto, maior porcentagem de adesão entre as mulheres com idade igual ou superior a 57 anos e sem parceiro. Em relação à idade, estudo corrobora os resultados da presente pesquisa ao revelar maior adesão em mulheres mais velhas<sup>(9)</sup>. Todavia, não há consenso na literatura a esse respeito. A maior adesão entre pacientes sem parceiro está em discordância com a literatura, que sugere que a presença de companheiro está associada a maior adesão<sup>(23)</sup>, indicando a necessidade de outros estudos que investiguem a relação entre tais variáveis.

Verificou-se que 5,35% das pacientes que não aderiam aos medicamentos apresentavam depressão moderada ou grave. Há evidências de que a depressão pode estar associada à não adesão ao tratamento<sup>(7)</sup>. Embora para essas pacientes seja importante o tratamento com antidepressivos, há necessidade de escolha cuidadosa do medicamento a ser prescrito. Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) são amplamente utilizados, todavia, podem inibir o citocromo P450 2D6, necessário para ativar o tamoxifeno, interferindo na eficácia desse medicamento na prevenção de recorrência do câncer de mama. Na atualidade, acredita-se que, para essas pacientes, pode ser prescrito citalopram e, possivelmente, outros ISRS com menor potência, sem afetar negativamente o resultado da terapia adjuvante com tamoxifeno<sup>(24)</sup>. A possibilidade de tal interação farmacológica sugere a necessidade de comunicação entre oncologistas e psiquiatras.

É importante mencionar que os resultados deste estudo devem ser avaliados, considerando-se suas limitações metodológicas: amostra de conveniência, realização do estudo em um único serviço e com pacientes ambulatoriais, o que limita a generalização dos resultados a outros grupos.

## Conclusão

Este estudo verificou sintomas depressivos e adesão ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama. Constatou-se alta porcentagem de pacientes não aderentes ao tratamento e com intensidade de sintomas depressivos correspondentes a "depressão moderada" e "grave".

A identificação de mulheres com sintomas depressivos, apesar do uso de antidepressivos, constitui um achado relevante ante a influência de tais sintomas, tanto na adesão ao tratamento quanto na evolução do câncer. Esse

resultado indica que outras modalidades terapêuticas, além da abordagem psicofarmacológica, são necessárias.

Os achados também apontam a importância da avaliação do antidepressivo adequado para a paciente, considerando-se o tipo de tratamento antineoplásico a que será submetida, visto que a classe de antidepressivos pode tanto estar relacionada à melhora dos sintomas atribuídos à doença e ao tratamento quimioterápico como à diminuição da eficácia do mesmo, com consequente redução da taxa de sobrevida livre da doença. Desse modo, para que a avaliação e tratamento dessas pacientes sejam efetivos, é imperativo que se proceda à integração da equipe de oncologia e de psiquiatria.

Ressalta-se que, além das mulheres acometidas, devem também ser consideradas suas redes de apoio social, de modo que familiares e parceiros íntimos sejam também envolvidos no processo de adaptação ao tratamento, com a ajuda de uma equipe multiprofissional capacitada. Como membro dessas equipes, o enfermeiro tem papel central na implementação de estratégias psicossociais, individuais ou em grupo, voltadas para otimização do tratamento dos sintomas depressivos e promoção da adesão ao tratamento quimioterápico.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
2. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(2):112-26.
3. Torres MA, Pace TW, Liu T, Felger JC, Mister D, Doho GH, et al. Predictors of depression in breast cancer patients treated with radiation: role of prior chemotherapy and nuclear factor kappa B. *Cancer*. 2013;119(11):1951-9.
4. Zainal NZ, Nik-Jaafar NR, Baharudin A, Sabki ZA, Ng CG. Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2013;14(4):2649-56.
5. 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.
6. Meneses K, McNeese P, Azuero A, Jukkala A. Evaluation of the Fertility and Cancer Project (FCP) among young



- breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2010; 19(10):1112-1115.
7. Reyes-Gibby CC, Anderson KO, Morrow PK, Shete S, Hassan S. Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(3):311-8.
8. Bottino SMB, Fraguas R, Gattaz, WF. Depressão e câncer. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009; 36(3):109-15.
9. Kimmick G, Anderson R, Camacho F, Bhosle M, Hwang W, Balkrishnan R. Adjuvant hormonal therapy use among insured, low-income women with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2009;27(21):3445-51.
10. 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.
11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr*. 1961;4:53-63.
12. Hack TF, Pickles T, Ruether JD, Weir L, Bultz BD, Mackey J, et al. Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psychooncology*. 2010;19(6):606-16.
13. Silva PO, Gorini MIPC. Validation of defining characteristics for the nursing diagnosis of fatigue in oncological patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(3):504-10.
14. Dodd MJ, Cho MH, Cooper BA, Miaskowski C. The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2010; 14(2):101-10.
15. Hermelink K, Kuchenhoff H, Untch M, Bauerfeind I, Lux MP, Buhner M, et al. Two different sides of 'chemobrain': determinants and nondeterminants of selfperceived cognitive dysfunction in a prospective, randomized, multicenter study. *Psychooncology*. 2010; 19(12):1321-8.
16. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller, HJ Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009;36(2):17-57.
17. Lima AFBS, Fleck MPA. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(3):245-51.
18. Bio DS, Souza EL, Moreno RA. Remissão sintomática e qualidade de vida em pacientes com depressão maior tratados com antidepressivo: um estudo prospectivo. *Aletheia*. 2011; 34:151-62.
19. Ladd CO, Newport DJ, Ragan KA, Loughhead A, Stowe ZN. Venlafaxine in the treatment of depressive and vasomotor symptoms in women with perimenopausal depression. *Depress Anxiety*. 2005;22(2):94-7.
20. Hershman D, Shao T, Kushi L, Buono D, Tsai W, Fehrenbacher L, et al. Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;126(2):529-37.
21. Ma AM, Barone J, Wallis AE, Wu NJ, Garcia LB, Estabrook A, et al. Noncompliance with adjuvant radiation, chemotherapy, or hormonal therapy in breast cancer patients. *Am J Surg*. 2008;196(4):500-4.
22. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15 year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005;365:1687-717.
23. Ashraf M, Biswas J, Majumdar S, Nayak S, Alam N, Mukherjee KK, et al. Tamoxifen use in Indian women-adverse effects revisited. *Asian Pac L Cancer Prev*. 2009;10(4):609-12.
24. Hershman DL, Kushi LH, Shao T, Buono D, Kershenbaum A, Tsai WY, et al. Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8.769 early-stage breast cancer patients. *J Clin Oncol*. 2010;28(27):4120-8.
25. Lash TL, Cronin-Fenton D, Ahern TP, Rosenberg CL, Lunetta KL, Silliman RA, et al. Breast cancer recurrence risk related to concurrent use of SSRI antidepressants and tamoxifen. *Acta Oncol*. 2010;49(3):305-12.

Recebido: 12.11.2013

Aceito: 20.5.2014