

Depressão e câncer

Depression and cancer

SARA MOTA BORGES BOTTINO¹, RENÉRIO FRÁGUAS², WAGNER FARID GATTAZ²

¹ Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byngton.

² Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

Recebido: 12/11/2008 – Aceito: 19/1/2009

Resumo

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes com câncer, com prevalências variando de 22% a 29%. Essa variabilidade está associada a sítios do tumor, estágio clínico, dor, funcionamento físico limitado, além da existência de suporte social. A depressão associa-se a um pior prognóstico e aumento da mortalidade pelo câncer. Síndromes depressivas podem ser uma consequência das terapias antineoplásicas, como ocorre em 21% a 58% dos pacientes recebendo interferon-alfa. Sentimentos de tristeza e desespero podem inibir a procura de cuidado pelos pacientes, dificultando o reconhecimento da depressão. O tratamento com antidepressivos é efetivo e melhora a adesão aos tratamentos do câncer, reduzindo efeitos adversos como náusea, dor e fadiga. Em pacientes com câncer, tratamento prévio com antidepressivos pode minimizar sintomas depressivos induzidos por interferon-alfa. O tratamento com antidepressivos parece ser uma estratégia efetiva para prevenir o desenvolvimento da depressão induzida por interferon-alfa. Intervenções psicossociais, como técnicas de relaxamento, terapia individual e em grupo, também podem ser utilizadas na redução dos sintomas depressivos e de estresse em pacientes com câncer.

Bottino SMB, et al. / Rev Psiq Clín. 2009;36(3):109-15

Palavras-chave: Depressão, câncer, diagnóstico, tratamento.

Abstract

Depression is the most common psychiatric disorder in patients with cancer, with prevalence rates ranging from 22% to 29%. This variability is associated to cancer sites, clinical stages, pain, limited physical functioning, beyond the existence of social support. Depression is associated to poorer prognosis and higher cancer mortality. Depressive syndromes can be a consequence of the antineoplastic therapies, as occurs in 21% to 58% of the patients treated with alfa-interferon. Sadness and desperation can inhibit the search for care by the patients, and difficult depression recognition. Antidepressant treatment is effective, and improve the adherence to cancer treatments, reducing side effects as nausea, pain and fatigue. In cancer patients, pretreatment with antidepressants seems to minimize depressive symptoms induced by interferon-alfa. Psychosocial interventions as relaxing techniques, group and individual psychotherapies can also be applied to reduce depressive and stress symptoms in patients with cancer.

Bottino SMB, et al. / Rev Psiq Clín. 2009;36(3):109-15

Key-words: Depression, cancer, diagnosis, treatment.

Introdução

Indivíduos com câncer e outras condições médicas graves, comparados com a população geral, têm risco aumentado para apresentar sintomas e transtornos depressivos persistentes¹.

As taxas da prevalência da depressão associada ao câncer podem variar de acordo com a evolução do câncer e os tratamentos utilizados: 14% dos pacientes ambulatoriais², 28% dos pacientes em unidade de cuidados paliativos³ e 14,1% dos pacientes internados para transplante de medula⁴. A presença de dor e o uso de terapias antineoplásicas (interferon, quimioterapia) são fatores de risco, além de dificultarem a identificação da depressão, que ainda permanece um desafio para o médico que atende pacientes com câncer. A depressão, por sua vez, aumenta o uso de serviços de saúde mental, interfere negativamente com a adesão aos tratamentos do câncer e com a qualidade de vida dos pacientes^{5,6}. Os benefícios do uso de antidepressivos na depressão em pacientes com câncer estão bem estabelecidos na literatura. Adicionalmente, intervenções psicossociais, como técnicas de relaxamento, terapia individual e em grupo, contribuem para a redução dos sintomas depressivos e estresse em pacientes com câncer⁷. Desse modo, a identificação precoce e o adequado tratamento são imperativos nesse grupo de pacientes. Os resultados obtidos por Pasquini *et al.*⁸ em uma unidade de oncologia, onde foram utilizados instrumentos de *screening* para detecção precoce dos transtornos psiquiátricos, seguidos da avaliação psiquiátrica e da instituição de tratamento farmacológico, demonstraram a aplicabilidade e a importância desse trabalho, com a redução significativa dos sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes.

Este artigo visa auxiliar a avaliação da depressão em pacientes com câncer e a indicação de tratamentos farmacológicos e psicossociais que têm apresentado evidências em revisões sistemáticas e estudos de boa qualidade metodológica.

Prevalência da depressão em pacientes com câncer e os fatores de risco

As taxas da prevalência da depressão em pacientes com câncer situam-se entre 22% e 29%⁹. Em nosso meio, a depressão foi diagnosticada em 30,5% dos pacientes internados no Hospital A.C. Camargo, com vários tipos de câncer (n = 319)¹⁰. Essa taxa varia em função da metodologia utilizada para investigar a depressão e de diversos fatores como tipo de câncer, presença ou não de dor, evolução e complicações do câncer, além do próprio tratamento oncológico. A seguir, descreveremos as taxas de depressão de acordo com a influência desses fatores.

Tipo ou sítio do tumor

O sítio do tumor, a evolução da doença e o surgimento de novos tratamentos oncológicos, além da metodologia

adotada e o período em que o estudo foi realizado, podem influenciar a prevalência da depressão.

Câncer de pâncreas

Os primeiros estudos investigando depressão associada a câncer de pâncreas indicavam taxas elevadas, ao redor de 33% a 50%^{11,12}. Entretanto, em estudo recente, a prevalência de depressão foi 21% em 258 casos de câncer de pâncreas, avaliados retrospectivamente¹³.

Câncer de orofaringe

Archer *et al.* (2008)¹⁴ estimaram a prevalência de sintomas depressivos associada ao câncer de cabeça e pescoço entre 6% e 15%, em contraste com taxas de até 40%, em estudo realizado na década de 1980¹⁵. Em dois outros estudos, realizados no Japão e no Canadá, as prevalências de transtornos depressivos também foram menores: 3,7% e 5%^{16,17}.

Câncer de mama

As taxas de depressão em pacientes com câncer de mama situam-se entre 10% e 25%. Essas taxas foram maiores nos estudos que utilizaram instrumentos de rastreio: 15% a 30%, comparadas com aqueles utilizando entrevistas estruturadas, de 5% a 15%¹⁸. O risco de depressão é maior no primeiro ano após o diagnóstico do câncer, principalmente em pacientes jovens. O tratamento adjuvante do câncer também aumenta o risco e a intensidade dos sintomas depressivos, além dos seus efeitos adversos estarem associados aos sintomas depressivos e à piora da qualidade de vida¹⁸.

Em dois estudos brasileiros, esses resultados foram replicados. A prevalência de depressão foi de 33% em pacientes com câncer de mama, que estavam no primeiro mês de tratamento quimioterápico. Quando foi considerado o tratamento quimioterápico completo, a prevalência média foi de 21%. Os pensamentos suicidas foram detectados em 13% dos pacientes¹⁹. Em outro estudo, realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher, especializado em oncologia feminina, foram avaliadas 290 pacientes recém-diagnosticadas com câncer de mama com os seguintes instrumentos de rastreio: a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e a Post-Traumatic Civilian Version Scale (PCL-C). A porcentagem de casos prováveis de depressão foi de 21,4% e de ansiedade, 34,5%. Os sintomas de estresse traumáticos associados ao diagnóstico de câncer estavam presentes em 24,5% das pacientes, e 17,9% das mulheres preencheram todos os critérios para o transtorno do estresse pós-traumático²⁰.

Além dessas localizações, as neoplasias que afetam diretamente o sistema nervoso central podem provocar síndromes depressivas por comprometimento direto dos circuitos responsáveis pela regulação do humor^{7,14}.

Dor, presença de metástases, complicações clínicas e endócrinas associadas ao câncer

Sintomas psiquiátricos, como ansiedade aguda, insônia, depressão com desespero, agitação, irritabilidade e raiva, podem ser decorrentes de dor não controlada. Pacientes com alta intensidade dos sintomas dolorosos, comparados com pacientes de fraca intensidade dos sintomas dolorosos, além de serem mais diagnosticados com depressão: 33% vs. 13%, apresentaram também maiores taxas de depressão ao longo da vida: 42% vs. 23%. Nesse estudo, os autores concluíram que a dor desempenha um papel causal na produção de depressão. Outros autores, por sua vez, afirmam que a depressão aumenta a intensidade da dor e sugerem que a depressão pode representar ambos: consequência da dor e aumento da sensação de dor em pacientes com câncer²¹.

A presença de dor e de metástases aumenta a prevalência de depressão maior em pacientes com câncer. Ciaramella e Poli (2001)³ encontraram uma forte associação entre presença de metástases, dor e depressão maior em pacientes com câncer avançado. Nesse trabalho, 49% dos pacientes foram diagnosticados com depressão, utilizando a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R (SCID). Essa porcentagem caiu para 29%, utilizando o critério de Endicott modificado para pacientes com câncer, que considera sintomas psicológicos em vez de somáticos. Os resultados desse trabalho, além de outros dados da literatura, demonstram que a metodologia utilizada pode ser relevante na variação das taxas de prevalência da depressão observada em pacientes com câncer.

Outros fatores de risco para depressão em pacientes com câncer incluem: complicações clínicas e alterações metabólicas (hipercalcemia, desequilíbrio eletrolítico, anemia e deficiência de vitamina B12 ou folato), endócrinas (hipertireoidismo ou hipotireoidismo) e insuficiência adrenal¹.

Terapias antineoplásicas

A depressão pode ser uma consequência direta das terapias antineoplásicas, como os quadros depressivos observados com o uso de interferon e da interleucina-2, procarbazona, asparaginase, vimblastina, vincristina, tamoxifeno e ciproterona, além de outros quimioterápicos e corticosteroides (prednisona, dexametasona). A ativação de citocinas pró-inflamatórias (fator-alfa, interleucina 1 e 6), secundária à terapia com interferon e em resposta à destruição de tecidos pelos tratamentos radioterápicos e quimioterápicos, é o principal mecanismo biológico relacionado aos sintomas de anedonia, anorexia e inibição do interesse social, frequentemente observado em pacientes com câncer e descrito como *sickness behavior* ou comportamento de doença²².

Síndromes depressivas ocorrem em 21% e 58% dos pacientes recebendo interferon-alfa (IFN- α).

Os sintomas depressivos podem ser específicos, como alterações no humor, ansiedade e queixas cognitivas, ou se manifestar como uma síndrome neurovegetativa: sintomas de fadiga, anorexia, dor e retardo psicomotor, com a superposição dessas síndromes, em muitos casos. Outros efeitos neuropsiquiátricos induzidos com o uso da IFN- α incluem: estado confusional agudo, que se desenvolve rapidamente após o início de altas doses de IFN- α ; síndrome depressiva, que desenvolve mais lentamente durante semanas a meses de tratamento; e quadros maníacos, caracterizados por irritabilidade e agitação e, menos frequentemente, euforia^{7,22}.

Diagnóstico da depressão em pacientes com câncer

A depressão em pacientes com câncer frequentemente não é diagnosticada e, portanto, não tratada. As barreiras para o tratamento da depressão em pacientes com câncer podem decorrer da incerteza sobre o diagnóstico e o tratamento, além do tempo por vezes limitado para investigar questões emocionais e dos custos associados ao tratamento. A própria natureza da síndrome depressiva – sentimentos de desvalia e desespero – inibe a procura de cuidado e interfere na capacidade dos pacientes para avaliar a distorção emocional e cognitiva decorrente da depressão, muitas vezes atribuída ao câncer²³. Especialistas em saúde mental, frequentemente, trabalham separados dos oncologistas, tanto pela organização e localização dos serviços de saúde como pela dificuldade de cobertura dos seguros de saúde. Isso resulta em aumento da procura de serviços médicos pelos pacientes e prolonga a permanência nos hospitais, levando inevitavelmente a aumento dos custos do tratamento. Todavia, mais importante é o aumento do sofrimento humano, com piora das manifestações do câncer, prejudicando a adesão e a resposta aos tratamentos, levando a aumento da mortalidade⁷.

Os sintomas neurovegetativos da depressão podem ser decorrentes do câncer e de seus tratamentos. Alguns autores recomendam a exclusão desses sintomas dos critérios diagnósticos da depressão, que podem ser decorrentes do câncer e de seus tratamentos. Entretanto, outros autores defendem a inclusão desses sintomas nos critérios diagnósticos da depressão em pacientes com câncer^{1,24}. Embora existam controvérsias quanto aos méritos da utilização dessas duas abordagens nas pesquisas, a abordagem inclusiva é recomendada para o *setting* clínico.

A maior barreira para o tratamento da depressão em pacientes com câncer provém da confusão entre a morbidade do transtorno depressivo maior, comparado com outras fontes de tristeza desse paciente. Os diagnósticos psiquiátricos de transtorno de ajustamento e distímia também podem dificultar o reconhecimento do transtorno depressivo maior²³. Os pacientes atribuem a disforia vivenciada por eles ao conhecimento do diagnóstico de câncer e às dificuldades dos tratamentos. Hardman *et al.*

(1989)²⁴ encontraram que apenas a metade dos pacientes deprimidos em um serviço de oncologia foi reconhecida por médicos e enfermeiras. Os médicos não perguntam e os pacientes com câncer não falam sobre os sintomas, “eles querem parecer fortes e, assim, o oncologista não vai desistir deles”. Maguire²⁵ relatou que médicos britânicos, atendendo pacientes com câncer, consideravam que, caso os pacientes tivessem problemas psicológicos “sérios o suficiente para procurar ajuda”, iriam consultá-los e solicitar tratamento. Os médicos percebiam que uma conversa poderia tomar muito tempo. Nesse trabalho, observou-se que os médicos utilizaram estratégias que os distanciavam das emoções: mudar de assunto, ignorar pistas e fazer reafirmações prematuras. Em trabalho mais recente, em que foram avaliados 2.297 pacientes de 34 centros de tratamento oncológico, 34,7% dos pacientes com transtornos psiquiátricos não foram avaliados adequadamente²⁶.

O uso de escalas breves pode ser uma ferramenta útil para detectar pacientes que precisam de intervenções psicológicas e tratamento psiquiátrico, além de contornar custos e tempo. Os instrumentos mais utilizados para o *screening* de depressão em pacientes com câncer são os seguintes: General Health Questionnaire (GHQ-30); Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D); Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D); Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) e a Profile of Mood Scale (POMS-SF)²⁷.

O GHQ-30 avalia a sobrecarga global da doença em pacientes atendidos em cuidados primários, na comunidade, e também tem sido utilizado em pacientes com câncer. A validade discriminante do GHQ e HAD foi comparada na detecção de comorbidades mentais em pacientes com câncer, doença cardiovascular e musculoesquelética²⁷. A HAD obteve melhor desempenho em todas as análises utilizando como critério de validade a Entrevista Clínica e Diagnóstica Estruturada – CIDI (padrão-ouro). Os melhores resultados no rastreamento de comorbidades em pacientes com câncer foram obtidos com a pontuação 18 na soma total da HAD: sensibilidade de 74% e especificidade de 80%²⁸. Nesse estudo, foram excluídos os transtornos de ajustamento e os quadros subsindrômicos e um quarto dos pacientes não foi detectado, sugerindo que esse ponto de corte deve ser utilizado de acordo com a estratégia clínica e/ou econômica, apropriada a cada situação.

Em nosso meio, já existem escalas breves para rastreamento dos transtornos psiquiátricos associados ao câncer. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), desenvolvida especificamente para avaliar sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doenças físicas, além ser uma das escalas mais utilizadas em pacientes com câncer, encontra-se validada, tendo sido utilizada em vários trabalhos brasileiros²⁸⁻³¹. O Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), instrumento de *screening* de transtornos psiquiátricos associados às condições médicas, recentemente

validado no Brasil, mostrou elevada sensibilidade na detecção de transtornos psiquiátricos em cuidados primários, com a possibilidade da aplicação dessa entrevista por clínicos³².

Impacto da depressão na evolução de pacientes com câncer

A depressão está associada a maior tempo de hospitalização para o tratamento do câncer. Prieto *et al.*⁴ estudaram prospectivamente o impacto da morbidade psiquiátrica no tempo de permanência de pacientes com câncer hematológico, hospitalizados para transplante de células-tronco. Esses autores observaram que o diagnóstico de transtornos do humor, ansiedade ou de ajustamento estava associado com maior permanência no hospital.

Pacientes com depressão podem aderir pouco aos esquemas de tratamentos para o câncer ou podem se engajar em comportamentos prejudiciais à saúde, como, por exemplo, fumar³³. A depressão tem sido associada a pior prognóstico e a aumento da mortalidade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço^{7,14}. Fatores biológicos, como a desregulação do eixo hormonal associado ao estresse, e o aumento da resposta inflamatória são comuns em pacientes com transtornos depressivos e têm sido considerados como possíveis mecanismos patológicos responsáveis por um pior prognóstico de pacientes com câncer¹⁴.

A depressão em pacientes com câncer avançado influencia mais o desejo de “abreviar a vida” do que a presença de dor, apesar de a maioria dos pacientes desejar receber cuidado contínuo e alívio dos sintomas, mesmo quando a doença está em progressão³⁴. Surpreendentemente, menos da metade dos pacientes com câncer avançado, com sintomas depressivos de moderados a graves, recebe tratamento com antidepressivos³⁵. Os cuidadores de pacientes com câncer avançado têm taxas de transtornos psiquiátricos similares aos dos pacientes com câncer avançado. A presença de transtornos psiquiátricos em pacientes com câncer avançado aumenta até 7,9 vezes mais o risco de seus cuidadores também preencherem critérios para qualquer transtorno psiquiátrico³⁵.

Suicídio

Pacientes com câncer podem apresentar ideação suicida na ocasião do diagnóstico (10%) e na recorrência (14%). Os fatores de risco para o suicídio em pacientes oncológicos são: ocorrência de um episódio depressivo, dor não controlada, doença maligna avançada com prognóstico reservado, diagnóstico concomitante de depressão, neoplasia de cabeça e pescoço, sexo masculino, presença de *delirium* e sensação de perda de controle, fadiga e exaustão³⁶.

Terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas na depressão em pacientes com câncer

Pacientes com câncer utilizam vários medicamentos, toleram pouco os efeitos colaterais e necessitam de rápida resposta para o alívio dos seus sintomas. Nos últimos anos, o tratamento dos transtornos psiquiátricos em pacientes com câncer foi ampliado, com maior disponibilidade de psicofármacos, que, além de aliviar sintomas psicológicos, melhoram a náusea, o vômito, a dor e a fadiga que frequentemente acompanham o câncer^{7,37}. Por outro lado, os efeitos colaterais como sedação, ganho de peso ou aqueles medicamentos cujo perfil de atuação tenha efeitos antináusea (afinidade com receptores 5HT₂, 5HT₃ e H₁) ou antidor (sistemas serotoninérgicos e noradrenérgicos) podem orientar a escolha dos antidepressivos.

O número de estudos de intervenção, avaliando o uso de antidepressivos em pacientes com câncer, tem aumentado³⁸⁻⁴⁰. As evidências disponíveis sugerem fortemente que a depressão em pacientes com câncer responde aos antidepressivos tricíclicos (TCA), aos inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS), à mirtazapina e à mianserina³⁸. Os sintomas cognitivos respondem bem aos antidepressivos serotoninérgicos, enquanto os sintomas neurovegetativos são menos responsivos. Os sintomas neurovegetativos respondem melhor aos agentes que modulam o funcionamento catecolaminérgico, como os antidepressivos com dupla ação (serotonina-noradrenalina), a bupropiona, os psicoestimulantes ou modafinil.

Os resultados da metanálise sobre o uso de antidepressivos nas depressões associadas às doenças médicas, na qual foram avaliados 18 estudos, perfazendo um total de 838 pacientes, indicaram superioridade dos antidepressivos em relação ao placebo e maior efetividade dos tricíclicos comparados com os ISRS, porém com menor tolerância e mais interrupções do tratamento. Dois estudos analisados nessa metanálise foram realizados em pacientes com câncer (mama e ovário). A mianserina apresentou boa eficácia e segurança nas doses de 30 a 60 mg e menor interrupção dos tratamentos³⁸.

A efetividade dos tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos no tratamento da depressão maior e de sintomas depressivos em pacientes com câncer foi avaliada em duas revisões sistemáticas. Na primeira revisão, a paroxetina foi efetiva no tratamento da depressão maior e na redução dos sintomas depressivos. A fluoxetina foi efetiva na redução de sintomas depressivos e não demonstrou ser efetiva na redução da depressão maior. No entanto, a fluoxetina não foi utilizada em doses plenas e a duração do estudo foi de apenas cinco semanas. A mianserina, um tetracíclico, foi efetiva na redução de sintomas depressivos. A terapia cognitivo-comportamental e os grupos de suporte foram efetivos na redução de sintomas depressivos³⁹.

Rodin *et al.*³⁹ também realizaram uma revisão sistemática para avaliar a eficácia de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos no tratamento da depressão em pacientes com câncer. Nessa revisão, foram incluídos apenas sete estudos com tratamentos farmacológicos e quatro estudos com terapias não farmacológicas. Em dois estudos, a mianserina foi superior ao placebo na redução de sintomas. Em um estudo, o alprazolam foi superior a uma técnica de relaxamento muscular progressivo. Em quatro estudos, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos nas medidas de depressão, embora tenha sido observada redução de sintomas depressivos em todos os grupos com tratamentos ativos (fluoxetina *vs.* desipramina, paroxetina *vs.* amitriptilina). Dois estudos com terapias não farmacológicas obtiveram resultados positivos. No primeiro estudo, pacientes submetidos a uma intervenção realizada pela equipe de enfermagem, que consistia em educação sobre depressão, apresentaram melhora da depressão e dos sintomas depressivos, comparados com pacientes em cuidados rotineiros. Nesse estudo, problemas metodológicos, como o uso de antidepressivos pelos pacientes, podem ter interferido nos resultados. No segundo estudo, a intervenção consistia em orientações para pacientes com escores altos de sintomas depressivos. Os pacientes que receberam a orientação, comparados com pacientes em cuidados rotineiros, apresentaram menos sintomas depressivos ao final da intervenção.

Apesar do aumento de pesquisas investigando tratamentos antidepressivos para a depressão associada ao câncer, os estudos clínicos ainda não permitem estabelecer conclusões definitivas sobre quais antidepressivos são mais efetivos ou mais bem tolerados por pacientes com câncer em geral ou em sítios específicos.

Terapias antineoplásicas, antidepressivos e prevenção

Uma nova abordagem envolve o uso de antidepressivos para prevenir o desenvolvimento da depressão em pacientes recebendo medicações conhecidas por causarem sintomas depressivos graves. Em estudo controlado com placebo, a paroxetina foi administrada a pacientes com melanoma maligno antes do tratamento com altas doses de interferon-alfa. O desenvolvimento de sintomas depressivos graves foi observado em 11% dos pacientes que estavam utilizando a paroxetina e em 45% do grupo utilizando placebo, nas 12 primeiras semanas da terapia com interferon-alfa. A descontinuação do uso de interferon em decorrência da depressão grave e neurotoxicidade foi observada em 5% dos pacientes tomando paroxetina, comparados com 35% no grupo tratado com placebo⁴¹.

Intervenções psicossociais e sobrevida

Alguns estudos têm avaliado o efeito de intervenções sociais como técnicas de relaxamento, hipnose, terapia

individual e em grupo, em vários domínios clínicos associados ao câncer. Cinco de 10 estudos randomizados apresentaram evidências das intervenções sociais no aumento da sobrevivência⁴²⁻⁴⁴. Fawzy *et al.*⁴⁴ conduziram uma intervenção psiquiátrica com pacientes com melanoma nos estágios I e II, que consistia nos componentes: educação (informações sobre o melanoma), manejo do estresse, reforço de estratégias cognitivas (resolver problemas, enfrentamento) e apoio psicológico. A recorrência observada no grupo controle foi de 13/34 e o número de mortes, 10/34, foi maior quando comparado com o grupo que recebeu a intervenção com recorrência de 7/34 e número de mortes de 3/34. Embora essas intervenções possam ter papel mediador na melhora da depressão, com conseqüente melhora da adesão ou do uso de cuidados médicos, os resultados sugerem que são necessários mais estudos para avaliar a efetividade das intervenções psicoterapêuticas no tratamento da depressão em pacientes com câncer.

Conclusão

A identificação dos pacientes que seriam mais vulneráveis, como o rastreamento de sintomas depressivos e ansiosos, histórico de depressão, dose e duração das terapias com citocinas, pode ajudar o médico nas estratégias de prevenção e no uso criterioso de antidepressivos em pacientes com câncer, muitos dos quais não irão experimentar episódios depressivos graves e, frequentemente, são relutantes em tomar mais medicações.

Referências

- Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry*. 2003;54(3):283-94.
- Berard RM, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an outpatient oncology setting: prevalence, assessment, and management. *Psychooncology*. 1998;7(2):112-20.
- Ciamarella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*. 2001;10(2):156-65.
- Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. 2002;20(7):1907-17.
- Hewitt M, Rowland JH. Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. *J Clin Oncol*. 2002;20(23):4581-90.
- Baumeister H, Balke K, Harter M. Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(11):1090-100.
- Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005;58(3):175-89.
- Pasquini M, Biondi M, Costantini A, Cairolì F, Ferrarese G, Picardi A, et al. Detection and treatment of depressive and anxiety disorders among cancer patients: feasibility and preliminary findings from a liaison service in an oncology division. *Depress Anxiety*. 2006;23(7):441-8.
- Raison CL, Nemeroff CB. Cancer and depression: prevalence, diagnosis and treatment. *Home Health Care Consultant*. 2000;7:34-41.
- Citro VA, Nogueira-Martins LA, Lourenço MT, Andreoli SB. Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service. *Sao Paulo Med J*. 2003;121(3):111-6.
- Fras I, Litin EM, Pearson JS. Comparison of psychiatric symptoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intra-abdominal neoplasms. *Am J Psychiatry*. 1967;123(12):1553-62.
- Joffe RT, Rubinow DR, Denicoff KD, Maher M, Sindelar WF. Depression and carcinoma of the pancreas. *Gen Hosp Psychiatry*. 1986;8(4):241-5.
- Sheibani-Rad S, Velanovich V. Effects of depression on the survival of pancreatic adenocarcinoma. *Pancreas*. 2006;32(1):58-61.
- Archer J, Hutchison I, Korszun A. Mood and malignancy: head and neck cancer and depression. *J Oral Pathol Med*. 2008;37(5):255-70.
- Morton RP, Davies AD, Baker J, Baker GA, Stell PM. Quality of life in treated head and neck cancer patients: a preliminary report. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 1984;9(3):181-5.
- Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*. 2000;88(12):2817-23.
- Katz MR, Kopeck N, Waldron J, Devins GM, Tomlinson G. Screening for depression in head and neck cancer. *Psychooncology*. 2004;13(4):269-80.
- 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.
- Souza FG, Ribeiro RA, Silva MSB, Ivo PSA, Júnior VSL. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. *Rev Psiquiatr Clín*. 2000;27(4):207-14.
- Bottino SMB. Tese de doutorado. Em preparação.
- Peteet J, Tay V, Cohen G, MacIntyre J. Pain characteristics and treatment in an outpatient cancer population. *Cancer*. 1986;57(6):1259-65.
- Raison CL, Demetrashvili M, Capuron L, Miller AH. Neuropsychiatric adverse effects of interferon-alpha: recognition and management. *CNS Drugs*. 2005;19(2):105-23.
- Greenberg DB. Barriers to the treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;32:127-35.
- Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res*. 1989;33(2):235-9.
- Maguire P. Improving the detection of psychiatric problems in cancer patients. *Soc Sci Med*. 1985;20(8):819-23.
- Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*. 2001;84(8):1011-5.
- Harter M, Woll S, Wunsch A, Bengel J, Reuter K. Screening for mental disorders in cancer, cardiovascular and musculoskeletal diseases. Comparison of HADS and GHQ-12. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(1):56-62.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):355-63.
- Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain. *Rev Bras Anestesiol*. 2006;56(5):470-7.
- Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini L, Guaratini AA. Hospital anxiety and depression scales: a study on the validation of the criteria and reliability on preoperative patients. *Rev Bras Anestesiol*. 2007;57(1):52-62.
- Fraguas R Jr, Henriques SG Jr, De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord*. 2006;91(1):11-7.
- Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(8):756-62.
- Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007;110(8):1665-76.
- Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med*. 1984;46:199-212.
- Fawzy, I, Greenberg DB. *Oncology*. In: Rundell JR, Wise MG, editors. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington (DC). Am Psychol Press. 1996:351-64.
- Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;4(1):CD001312.

38. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer.* 2006;94(3):372-90.
39. Rodin G, Lloyd N, Katz M, Green E, Mackay JA, Wong RK. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2007;15(2):123-36.
40. Musselman DL, Lawson DH, Gumnick JF, Manatunga AK, Penna S, Goodkin RS, et al. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. *N Engl J Med.* 2001;344(13):961-6.
41. Richardson JL, Shelton DR, Krailo M, Levine AM. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *J Clin Oncol.* 1990;8(2):356-64.
42. Kuchler T, Henne-Bruns D, Rappat S, Graul J, Holst K, Williams JI, et al. Impact of psychotherapeutic support on gastrointestinal cancer patients undergoing surgery: survival results of a trial. *Hepatogastroenterology.* 1999; 46(25):322-35.
43. McCorkle R, Strumpf NE, Nuamah IF, Adler DC, Cooley ME, Jepson C, et al. A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(12): 1707-13.
44. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(9):681-9.