

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NAYARA FERREIRA CUNHA

EXPERIÊNCIAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA  
NO MANEJO DA FADIGA SECUNDÁRIA À QUIMIOTERAPIA

UBERLÂNDIA  
2018

NAYARA FERREIRA CUNHA

EXPERIÊNCIAS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA  
NO MANEJO DA FADIGA SECUNDÁRIA À QUIMIOTERAPIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: ciências da saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos

UBERLÂNDIA  
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

- C972e  
2017
- Cunha, Nayara Ferreira, 1991  
Experiências de mulheres com câncer de mama no manejo da fadiga secundária à quimioterapia / Nayara Ferreira Cunha. - 2017.  
90 f. : il.
- Orientadora: Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.121>  
Inclui bibliografia.
1. Ciências Médicas - Teses. 2. Mamas - Câncer - Teses. 3. Quimioterapia - Teses. 4. Fadiga - Teses. I. Anjos, Anna Cláudia Yokoyama dos. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CÊNCIAS DA SAÚDE



Ata da defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Defesa de Dissertação de Mestrado Acadêmico Nº 043/PPCSA

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de Pesquisa 2: Diagnóstico, tratamento e prognóstico das doenças e agravos à saúde.

Projeto de Pesquisa de vinculação: Oncologia-Neoplasias da mama/quimioterapia/paciente/família.

Discente: **Nayara Ferreira Cunha** – Matrícula nº **11512CSD040**

Título do Trabalho: **"Experiência de mulheres com câncer de mama no manejo da fadiga secundária à quimioterapia."** Às 14:00 horas do dia vinte e nove de agosto do ano de 2017, no anfiteatro do Bloco 4T - Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia reuniu-se a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Rosimár Alves Querino (UFTM), Paula Carolina Bejo Wolkers (UFU) e Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos (UFU) – orientadora da discente. Iniciando os trabalhos, a presidente da mesa Profa. Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos apresentou a Comissão Examinadora e a discente, agradeceu a presença do público e concedeu a discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A seguir a senhora presidente concedeu a palavra aos examinadores que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, em sessão secreta, em face do resultado obtido, a Banca Examinadora considerou a candidata (X) aprovada ( ) reprovada. Esta defesa de Dissertação de Mestrado Acadêmico é parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, legislação e regulamentação internas da UFU, em especial do artigo 55 da resolução 12/2008 do Conselho de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos às 18:00 horas. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Profa. Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Rosimár Alves Querino \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Paula Carolina Bejo Wolkers \_\_\_\_\_

## A G R A D E C I M E N T O S

A Deus, pelo dom da vida e pelas oportunidades. Sem Ele, não teria chegado até aqui.

Aos meus pais, Orlando e Ivanilda, e à minha irmã, Lorena, pelo amor, apoio incondicional, companheirismo e compreensão durante o percurso do mestrado.

À minha orientadora e amiga, professora doutora Anna Cláudia, pela disponibilidade e pelo carinho em ensinar. Sou muito grata por compartilhar seu conhecimento comigo, o que me ajudou a trilhar novos caminhos!

A todos os meus amigos e familiares que fizeram parte da trajetória, fortalecendo-me e tornando os meus dias mais leves.

À equipe de enfermagem do projeto de extensão, pela colaboração e pelo companheirismo.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e pela compreensão diária. Muito obrigada.

À banca examinadora, professora doutora Rosimár Alves Querino, professora doutora Paula Carolina Bejo Wolkers e professora doutora Tânia Maria da Silva Mendonça, pelas ricas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Aos funcionários do setor de oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), pela disposição em colaborar para o andamento deste trabalho.

À UFU, pela oportunidade de construir este conhecimento.

Às mulheres que se disponibilizaram a participar deste estudo: sem vocês nada disso teria acontecido.

Às demais pessoas queridas que, de alguma forma, compartilharam comigo esse momento e colaboraram na construção deste trabalho. Muito obrigada!

*Dedico este trabalho às mulheres que  
vivenciam o tratamento do câncer de  
mama e enfrentam diariamente suas  
reações!*

## RESUMO

**Introdução:** Dentre as reações adversas decorrentes da quimioterapia, a fadiga tem apresentado intensas repercussões, em diferentes dimensões da vida de pacientes oncológicos. Devido a múltiplos fatores, que vão desde o não relato por parte dos pacientes, não valorização da queixa pelos profissionais de saúde até a dificuldade de manejo desta reação adversa, pacientes têm buscado por práticas complementares/estratégias não farmacológicas para o alívio da fadiga secundária à quimioterapia. **Objetivo:** Compreender experiências de fadiga em mulheres sob o tratamento de quimioterapia com diagnóstico de câncer de mama e o uso de práticas complementares/estratégias não farmacológicas para seu manejo. **Percorso teórico-metodológico:** Trata-se de estudo explicativo, com abordagem qualitativa e referencial teórico da antropologia médica e desenvolvido com quatro mulheres. A coleta de dados foi conduzida com entrevistas semiestruturadas audiogravadas e etnografia. Para organização e análise dos dados foi utilizada a análise temática indutiva. **Resultados:** A fadiga secundária à quimioterapia gerou desconforto e limitações às participantes; para lidar com esta reação adversa foram identificadas diferentes práticas complementares/estratégias não farmacológicas: descanso; conservação de energia; cuidado alimentar; prática de atividades religiosas; caminhada e movimentação do corpo; cuidado de plantas; apoio familiar, informal e profissional, as quais foram implementadas por meio do autocuidado e do cuidado recebido e propiciaram alívio momentâneo ou relaxamento. Compreendemos que o sentido atribuído às experiências da fadiga foi a limitação para a rotina diária, que prejudicou as mulheres no cumprimento de seus papéis. No que se refere às práticas complementares/estratégias não farmacológicas utilizadas para o manejo da fadiga, percebemos que o sentido atribuído foi a possibilidade de se sentir capaz e alcançar alívio, ainda que momentâneo, permitindo se sentir melhor, confiante e apta para prosseguir até o final do tratamento. **Considerações finais:** O estudo demonstrou a importância de compreender as experiências da fadiga e da utilização de práticas complementares/ estratégias não farmacológicas por mulheres com câncer de mama, dando voz aos discursos, saberes, crenças e valores culturais desta população. A equipe de saúde deve associar a compreensão cultural ao conhecimento científico em suas práticas de assistência, além de desenvolver e aprimorar práticas complementares/ estratégias não farmacológicas visando atenção integral.

**Palavras-chave:** Neoplasias da mama, Quimioterapia, Fadiga, Terapias complementares, Pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

**Introduction:** Among the adverse reactions due to chemotherapy, the fatigue has had several impacts in quality of life of cancer patients. The absence of reporting the fatigue as an adverse reaction by patients undergoing chemotherapy, the non-appreciation of the complaint by the health professionals and the difficulty of handling this adverse reaction, has made the search for complementary practices/ non-pharmacological strategies for the relief of secondary fatigue due to chemotherapy an alternative for those patients. **Objective:** The aim of the study was understanding the experiences of women with breast cancer in chemotherapy with the use of complementary practices/ non-pharmacological strategies for fatigue management is the aim of this study. **Methods:** It is explicative study, with qualitative approach, theoretical reference of medical anthropology and developed with four women. Data collection was conducted with semi-structured interviews, audio records and observation. For the organization and analysis of the data the thematic analysis was used. **Results:** Secondary fatigue due to chemotherapy generated discomfort and limitations to the breast cancer women on chemotherapy participants. To deal with this adverse reaction different complementary practices/non-pharmacological strategies were identified: rest; energy conservation; food care; practice of religious activities; walking and body movement; plant care; family, informal and professional support, which were implemented through self-care and care received and provided momentary relief or relaxation. We understand that the sense attributed to the experiences of fatigue was the limitation to daily routine, that hold back women in fulfilling their roles. Regarding complementary practices/non-pharmacological strategies used for the management of fatigue, we perceive that the sense attributed was the possibility of feeling capable and reaching relief, even if momentary, allowing us to feel better, confident and able to continue until the treatment. **Conclusion:** The study demonstrated the importance of understanding the experiences of fatigue and the need to use the complementary practices/non-pharmacological strategies by women with breast cancer, giving voice to their discourses, knowledge, beliefs and cultural values. The health team should associate cultural understanding with scientific knowledge in its care practices, in addition to developing and improving complementary practices/ non-pharmacological strategies aimed at integral care.

**Keywords:** Breast cancer, Chemotherapy, Fatigue, Complementary therapies, Qualitative research.



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Sistema de estadiamento para o câncer de mama do American Joint Committee on Câncer	14
QUADRO 2	Temas e subtemas	32
QUADRO 3	Características sociodemográficas das participantes do estudo, Uberlândia, MG, Brasil, 2017	33
QUADRO 4	Características clínicas das participantes do estudo, Uberlândia, MG, Brasil, 2017	33

## LISTA DE FIGURA

FIGURA	Diagrama do processo de coleta de dados	30
--------	---	----

## SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	11
1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Câncer de mama e quimioterapia	14
1.2	Fadiga	16
1.3	Manejo da fadiga secundária à quimioterapia	19
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	24
3.1	Antropologia médica	24
3.2	Etnografia	25
3.3	Participantes	26
3.4	Coleta de dados	29
3.5	Análise dos dados	31
4	RESULTADOS	33
4.1	Caracterização das participantes	33
4.2	A fadiga na perspectiva da mulher adoecida	38
4.2.1	A experiência da fadiga	38
4.2.2	Repercussões da fadiga na rotina de vida diária	40
4.2.3	Duração da fadiga	42
4.2.4	Intensidade da fadiga	43
4.3	O autocuidado e o cuidado recebido como estratégias para manejo da fadiga	44
4.3.1	Autocuidado no manejo da fadiga física	45
4.3.2	Autocuidado para o manejo fadiga emocional	47
4.3.3	O cuidado recebido durante a fadiga	51
5	DISCUSSÃO	55
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	85
	ANEXOS	89

## APRESENTAÇÃO

Ao ingressar na graduação em Enfermagem, uma das áreas que me despertavam interesse era a oncologia. Ao final do terceiro período de curso, no ano de 2010, tive a oportunidade de entrar em um projeto de extensão vinculado à graduação denominado “Sistematização da assistência de enfermagem a mulheres com câncer de mama em quimioterapia”. Foi meu primeiro contato com pacientes oncológicos. Esse projeto permanece ativo no ambulatório do setor de oncologia de um hospital universitário do interior de Minas Gerais. Naquele momento, percebi que a oncologia é uma área em que o enfermeiro deve priorizar o cuidado humanizado e integral a pacientes, familiares e comunidade onde se inserem. O envolvimento no projeto e o contato com mulheres adoecidas pelo câncer permitiram agregar conhecimentos, em especial acerca do cuidado prestado àquelas submetidas à quimioterapia; o que confirmou minha identificação pessoal com essa área.

Para finalizar a graduação, desenvolvi um trabalho sobre pacientes com neoplasia mamária. Fiz uma pesquisa retrospectiva quantitativa em prontuários para verificar a contagem e maturidade de leucócitos (ou seja, as alterações mieloproliferativas) em pacientes com câncer de mama no momento do diagnóstico e sua associação ao prognóstico. Finda essa etapa de formação, passei a ter uma visão mais abrangente da amplitude da atuação do profissional enfermeiro, pois envolve o campo prático e científico na busca por respostas via pesquisa sistemática.

Uma vez graduada em Enfermagem na modalidade bacharelado e licenciatura, ingressei no mercado de trabalho no segundo semestre de 2013, alguns meses após eu finalizar a graduação. Comecei a trabalhar em uma clínica de atendimento ambulatorial a pacientes com câncer. Iniciei minha atuação como enfermeira assistencial no setor de quimioterapia e como responsável técnica pelo serviço de enfermagem no setor de radioterapia. Eu prestava assistência e realizava consultas de enfermagem com pacientes em tratamento. A experiência permitiu conhecer na prática e vivenciar outros tratamentos disponíveis para tipos diversos de câncer.

Há cerca de quatro anos, passei a atuar somente no serviço de radioterapia. Presto assistência de enfermagem. Atendo todos os pacientes em início de tratamento; também casos que são acompanhados com mais frequência ao longo do percurso, em

razão do risco de apresentar reações adversas ou da necessidade de mais cuidados. Pacientes que acompanho mais de perto incluem mulheres com câncer de mama — as quais compartilham suas experiências, emoções ou queixas com a equipe. A instituição onde trabalho desenvolve um serviço de recepção a pacientes que vão iniciar a radioterapia. Trata-se do *acolhimento*. Nesse momento, alguns pacientes já realizaram a quimioterapia e são encaminhados para dar sequência à terapêutica oncológica com a radioterapia.

Nas pacientes com câncer de mama, dentre as reações apresentadas na quimioterapia, faziam menção, frequente e constante, a fadiga, neuropatia periférica, náuseas e vômitos, impacto emocional de mudança na autoimagem do corpo corporal (alopecia e cirurgias mutiladoras) e preocupação com filhos e familiares envolvidos no processo. Demonstraram que foram reações ou situações marcantes para elas. Também foram marcantes para mim. Tais experiências me levaram a indagações sobre como o profissional de saúde pode contribuir para auxiliar essas mulheres — em especial, o enfermeiro.

Até aquele momento, eu não havia refletido sobre como trabalhar para compreender mais essas questões. Em 2014, surgiu a oportunidade de iniciar um projeto de mestrado sob orientação da professora Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos, dotada de experiência e conhecimento na área de pesquisa qualitativa. Percebi um caminho para compreender as questões subjetivas das experiências das pacientes. A elaboração do projeto e a participação em um grupo de estudos sobre pesquisa qualitativa coordenado por Anna Cláudia permitiram o contato e o conhecimento de estudos referenciais e teóricos e de métodos qualitativos que compõem esta abordagem de pesquisa. Construímos o projeto objetivando compreender a experiência de usar práticas complementares/estratégias não farmacológicas para manejo da fadiga relacionada com quimioterapia. Partimos destas indagações: o que as mulheres faziam para aliviar a fadiga? Como eram as experiências de utilizar práticas complementares/estratégias não farmacológicas? Que tipo de resultado elas alcançavam?

Em 2015, ingressei no curso de mestrado do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde. Também retomei a participação no projeto de extensão citado no início desta apresentação, em que eu poderia encontrar possíveis participantes para este estudo em meio às que ali eram atendidas e estavam inseridas. As consultas de enfermagem estabeleciam vínculo entre equipe e mulheres — essencial ao desempenho

da pesquisa. Além disso, foi possível realizar observações diretas do contexto da instituição de assistência, bem como dos discursos sobre adoecimento, reações adversas ao tratamento, com especial atenção aos relatos sobre fadiga para aprofundar o conhecimento dessa reação adversa importante.

Considerando que eu já conhecia o ambiente e a equipe com a qual trabalhei, a inserção no campo de estudo não foi difícil. Mas a experiência era nova e desafiadora. O foco não era apenas adquirir o conhecimento; também era produzi-lo. Além disso, eu precisaria conhecer o ambiente onde viviam as mulheres, o que era uma experiência nova para mim. Talvez o fosse para elas também. Aos poucos, tive contato com todas essas etapas e assumi o papel de pesquisadora.

Considero essencial que o profissional de saúde valorize e compreenda os discursos apresentados pelos pacientes oncológicos. É a possibilidade de compreender, de fato, suas necessidades e supri-las com uma assistência integral.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Câncer de mama e quimioterapia

Considerado uma doença crônica, o câncer está entre os problemas principais de saúde no mundo. Dos diversos tipos, o de mama tem sido o segundo mais frequente e o mais comum entre mulheres. A estimativa para o biênio 2016–7 foi de 57.960 novos casos no Brasil (BRASIL, 2015a). A taxa de mortalidade em 2014 foi de 13,03 óbitos/100.000 mulheres; regiões com mortalidade mais elevada foram o Sudeste e o Sul (BRASIL, 2017b). A projeção é que até 2020 haja mais de 20 mil óbitos; até 2030, a expectativa se eleva a 26 mil (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2012).

Quando diagnosticado e tratado de forma precoce, o prognóstico é relativamente positivo, embora as taxas de mortalidade permaneçam elevadas, talvez por causa de diagnósticos tardios, ou seja, com a doença em estádios avançados (BRASIL, 2015a).

Estadiamento é o processo de avaliação do grau de disseminação da neoplasia. Resulta de exames clínicos e complementares. Pode ser avaliado com base no sistema de classificação TNM (T: extensão do tumor primário; N: ausência ou presença e extensão de metástase em linfonodos regionais; M: ausência ou presença de metástase à distância). A adição de número a esses três itens indica a classificação do tumor, que é agrupada por estádios, variáveis de 0 a 4 (BRASIL, 2004a), conforme o Quadro 1.

QUADRO 1. Sistema de estadiamento para o câncer de mama do American Joint Committee on Cancer

ESTADIAMENTO	T	N	M
<b>Estádio 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Estádio IA</b>	T1*	N0	M0
<b>Estádio IB</b>	T0	N1mi**	M0
	T1	N1mi**	M0
<b>Estádio IIA</b>	T0	N1	M0
	T1*	N1	M0
	T2	N0	M0
<b>Estádio IIB</b>	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
<b>Estádio IIIA</b>	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
<b>Estádio IIIB</b>	T4	N0, N1, N2	M0
<b>Estádio IIIC</b>	Qualquer T	N3	M0
<b>Estádio IV</b>	Qualquer T	Qualquer N	M1

Nota: \* T1 inclui o T1 mi (microinvasão  $\leq$  a 1 mm em sua maior dimensão).

\*\* Micrometástase > 0,2 mm, porém < 2 mm em sua maior dimensão).

Fonte: National Comprehensive Cancer Network/NCCN (2017a, p. 79).

Conforme o agrupamento por estádios, o câncer de mama pode ser classificado como não invasivo até metastático. São eles: a) não invasivo: carcinoma lobular *in situ* e carcinoma ductal *in situ*; b) inicial: carcinomas com estágio clínico I a II; c) localmente avançado: aqueles em estágio III; d) metastático: quando o estágio for IV (NCCN, 2016). Para definição da terapêutica, a discussão clínica entre os médicos — cirurgião, oncologista clínico e radioterapeuta — projeta-se como essencial (BUZAID; MALUF; LIMA, 2015).

Fatores a ser considerados na escolha do tratamento adequado incluem idade, presença de comorbidades, estadiamento da doença, tipo histológico e risco de recorrência; o subtipo do câncer de mama, ou seja, se há expressão de receptores hormonais (estrógeno, progesterona ou ambos), de receptor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER-2); a escolha supõe ainda saber se o tumor é triplo negativo (RE, RP e HER-2 negativos). Após essa avaliação, é possível identificar a responsividade do tumor aos tratamentos disponíveis, que podem ser locais (radioterapia e cirurgia) e/ou sistêmicos (quimioterapia, moduladores biológicos e hormonioterapia) (GOZZO, 2008; BUZAID; MALUF; LIMA, 2015).

Das possíveis formas de tratar o câncer de mama, destaca-se a quimioterapia, foco de tratamento escolhido para este estudo. A terapêutica sistêmica recorre a fármacos antineoplásicos administrados por via endovenosa, subcutânea, intramuscular, oral, intratecal, intraperitoneal, intra-arterial ou intravesical (MOURA et al., 2017). A terapia antineoplásica pode apresentar finalidade curativa ou paliativa; e, conforme for o momento do tratamento em que é administrada, pode ser neoadjuvante ou adjuvante.

A quimioterapia curativa é utilizada como tratamento definitivo, a fim de obter o controle completo da neoplasia. Na quimioterapia paliativa, o objetivo não é a cura; é tratar e/ou retardar sintomas da doença e promover qualidade de vida. A quimioterapia neoadjuvante objetiva reduzir a área tumoral para uma cirurgia menos invasiva e mais conservadora, corroborar a ação da radioterapia, prevenir a ocorrência da disseminação da doença e verificar a sensibilidade do tumor aos quimioterápicos. É empregada como primeira terapêutica. A terapêutica adjuvante visa aumentar a chance de cura. É utilizada após procedimento cirúrgico ou a radioterapia (BONASSA; GATO, 2012; SILVA; FONSECA; RODRIGUES, 2005).

Dentre as drogas quimioterápicas usadas no tratamento do câncer de mama estão a doxorrubicina e epirrubicina (antraciclinas); a ciclofosfamida (agente alquilante); a



fluoruracila e o metrotexato (antimetabólitos); os taxanos, paclitaxel e docetaxel. Compõem ainda o tratamento os anticorpos monoclonais (trastuzumabe e pertuzumabe). (BUZAID; MALUF; LIMA, 2015; GOZZO, 2008; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). Estas são as chamadas terapias-alvo para bloquear um alvo específico das células cancerígenas ou no tecido adjacente ao tumor. Cerca de 20% a 25% dos casos de câncer de mama apresentam a proteína denominada receptor do fator de crescimento epidérmico humano 2 (HER 2), que estimula o crescimento das células tumorais (LITVAK et al., 2018).

Quando associadas, compõem os esquemas quimioterápicos; por exemplo: AC (doxorrubicina e ciclofosfamida); AC-T (doxorrubicina e ciclofosfamida, seguidos de paclitaxel ou docetaxel); AC-TH (doxorrubicina e ciclofosfamida, seguidos de paclitaxel ou docetaxel em associação ao trastuzumabe); FAC (fluoruracila, doxorrubicina e ciclofosfamida); CMF (ciclofosfamida, metrotexato e fluoruracila); TC (docetaxel e ciclofosfamida); e FEC (fluoruracila, epirrubicina e ciclofosfamida) (BUZAID; MALUF; LIMA, 2015; GOZZO, 2008; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Durante um tratamento, o paciente está suscetível à ocorrência de reações adversas. Mesmo em doses terapêuticas, as toxicidades no organismo são inevitáveis. No tratamento oncológico, os fármacos antineoplásicos atingem, sobretudo e indiscriminadamente, as células de rápida proliferação, seja cancerosas ou normais; além disso, afetam não só os sistemas corporais, mas também todos os aspectos da vida e do contexto social, econômico e familiar de pacientes com câncer (ANJOS, 2010).

As toxicidades principais que acometem os pacientes oncológicos tratados com quimioterapia são: toxicidade hematológica, gastrointestinal, cardiovascular, pulmonar, neurológica, dermatológica, geniturinária e metabólica. Dentre as reações adversas associadas às toxicidades, encontram-se náuseas, vômitos, insuficiência cardiorrespiratória, neuropatia periférica, síndrome mão-pé, alopecia, anemia, infecções, mucosite, dentre outras; em especial, destaca-se a fadiga (BONASSA; GATO, 2012; MOURA et al., 2017; GOZZO et al., 2010).

## 1.2 Fadiga

A fadiga é uma reação adversa importante e comum em pacientes oncológicos (MANIR et al., 2012). Prevalence entre 30% e 70% dos pacientes com câncer de mama (ALCÂNTARA-SILVA et al., 2013). A prevalência maior é identificada durante a

quimioterapia, em comparação à radioterapia, ambas com intenção adjuvante (MANIR et al., 2012).

Para a oncologia, a fadiga é definida como sensação angustiante, persistente e subjetiva de cansaço físico, emocional e/ou cognitivo ou exaustão. Relaciona-se com o câncer ou seu tratamento; isto é, pode se relacionar com a quimioterapia, foco deste estudo — cabe frisar. Não proporcional à atividade recente, ela interfere na capacidade funcional (NCCN, 2017b), a ponto de aumentar a necessidade de descanso, prejudicar o desempenho de atividades habituais e/ou físicas, alterar a concentração, levar ao desinteresse pelo ambiente ao redor e prejudicar o padrão do sono (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION/NANDA, 2015).

Todavia, convém dizer que a fadiga é estudada por áreas como a psicologia, a medicina, a enfermagem, a educação física, a engenharia, a odontologia e a oncologia; e, não por acaso, apresenta conceitos diferentes, inclusive na área da saúde (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005). Verifica-se que muitos estudos são de natureza quantitativa (ANCOLI-ISRAEL et al., 2012; BISWAL et al., 2012; HUSEBØ et al., 2014; MANIR et al., 2012; MOTA; PIMENTA, 2006; PANOBIANCO et al., 2012; TRAVIER et al., 2015; VINCENT et al., 2013); além de buscarem avaliar e mensurar reações adversas à quimioterapia por meio de escalas distintas, tais como as numéricas, a de tipo Likert, a multi e as bidimensionais; porém, não conseguem dar voz aos aspectos subjetivos e socioculturais associáveis com a experiência vivida pelos adoecidos, o que pode ser feito mediante a abordagem qualitativa (BUETTO, 2014), proposta estabelecida para a pesquisa aqui descrita.

Embora apresente duração e intensidade variáveis, a fadiga compromete o desempenho de atividades habituais e repercute no cotidiano de pacientes com câncer (MOTA; PIMENTA, 2006); não por acaso, é citada dentre as reações adversas que mais incomodam as pacientes durante o tratamento para o câncer de mama, rim ou pulmão, além da dor, de náuseas e vômitos e da mudança na imagem do corpo (MATOSO; ROSÁRIO; MATOSO, 2015).

Ao mencionarem a fadiga, os pacientes costumam se referir a sensações físicas como diminuição do desempenho físico, cansaço anormal, fraqueza, exaustão, peso, lentidão e necessidade incomum de descanso; sensações afetivas como tristeza e falta de motivação; efeitos cognitivos, como dificuldade de concentração e diminuição da habilidade para resolver problemas. Além desses termos, os profissionais de saúde

acrescentam definições como sensação de mal-estar, prostração, intolerância ao exercício, falta de energia, estresse, irritabilidade e alteração emocional (GLAUS; CROW; HAMMOND, 1996; NCI, 2017; SILVA et al., 2016).

A fadiga apresenta impactos negativos na vida de pacientes oncológicos, daí ser considerada como debilitante. Ela compromete a realização de atividades cotidianas como cuidar da casa, preparar refeições, manter atividades laborais e práticas de atividades religiosas e de lazer (MOTA; PIMENTA, 2002; ISHIKAWA; DERCHAIN; THULER, 2005).

O Consenso Brasileiro de Fadiga (2010), criado pela Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, sugere como instrumentos, para avaliar a fadiga, a escala numérica com graduação de 0 a 10 — onde 0 é ausência de fadiga e 10, a pior intensidade; escalas validadas no Brasil — algumas com pacientes oncológicos como o pictograma de fadiga, com palavras e figuras, a fim de avaliar a intensidade e o impacto (MOTA; PIMENTA; FITCH, 2009); escala de fadiga de Piper-revisada — avaliação multidimensional nas esferas comportamental, afetiva, sensorial e cognitiva/emocional (MOTA; PIMENTA; PIPER, 2009); *functional assessment of cancer therapy fatigue* (FACT-F) — que avalia o bem-estar físico, familiar/social, emocional e funcional; contém subescala com 13 itens para avaliação da fadiga (ISHIKAWA et al., 2010).

Tendo em vista outros públicos, foram validadas outras escalas no Brasil: a *modified fatigue impact scale* (PAVAN et al., 2007) e a escala de gravidade de fadiga (MENDES et al., 2008), cuja validação ocorreu em meio a pacientes com esclerose múltipla; a *Dutch fatigue scale* (FINI, 2008) e a *Dutch exertion fatigue scale* (FINI, 2008), validadas dentre pacientes com insuficiência cardíaca; e a *Chalder fatigue scale* (CHO et al., 2007), cuja validação ocorreu em meio a pacientes com problemas gerais de saúde.

Do ponto de vista da classificação, a fadiga pode ser primária ou secundária. A primária se refere àquela relacionada com a própria doença e/ou o quadro clínico — no caso do câncer, o tumor (RADBRUCH et al., 2008). Pode ter relação com aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias como a IL-1, a IL-6, a TNF ou o interferon (RADBRUCH et al., 2008; LIU et al., 2012; SMITH et al., 2014). A fadiga secundária resulta de comorbidades, tratamento da doença de base (quimioterapia e radioterapia) ou síndromes concomitantes que têm relação com o câncer, tais como anemia, febre, distúrbios do sono, depressão, distúrbios hormonais, uso de medicamentos opioides

(RADBRUCH et al., 2008). A fadiga objeto deste estudo foi denominada fadiga secundária à quimioterapia (FSQ).

### 1.3 Manejo da fadiga secundária à quimioterapia

Pacientes com fadiga relacionada com o câncer e seu tratamento podem se beneficiar de tratamentos farmacológicos adicionais aos não farmacológicos (CAMPOS et al., 2011a; NCCN, 2017b). De acordo com o National Center for Complementary and Integrative Health/NCCIH (algo como centro nacional de saúde complementar e integrativa), práticas não convencionais podem ser consideradas como complementares, alternativas e integrativas (NCCIH, 2016). As complementares ocorrem em conjunto com a medicina convencional; as alternativas têm o objetivo de substituir a terapia convencional: o paciente opta pela prática alternativa em detrimento da convencional; as integrativas visam aproximar as abordagens convencionais e complementares de forma coordenada e com base em estudos científicos.

De forma geral, para se referir a essas práticas, o NCCIH emprega o termo “abordagens de saúde complementares” (NCCIH, 2016). As denominações variam entre os países. No Brasil, emprega-se o termo “práticas integrativas e complementares”; no México, “medicina complementar e integrativa”; em Cuba, “medicina natural e tradicional”; na Bolívia não há um termo específico, mas as práticas estão inseridas dentro do modelo de saúde familiar comunitário intercultural (BRASIL, 2009).

No Brasil, em 2006, surgiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no Sistema Único de Saúde (SUS). O intuito é garantir atenção integral à saúde. Dentre as práticas integrativas e complementares, tiveram destaque a medicina tradicional chinesa — acupuntura, a homeopatia, o uso de plantas medicinais e a fitoterapia, o termalismo social-crenoterapia (uso da água mineral) e a medicina antroposófica. Todas já eram desenvolvidas na rede pública de saúde de muitos municípios e estados (BRASIL, 2015b). Considerando a adesão da população, a política incluiu novas práticas, tais como musicoterapia, naturologia, arteterapia, biodança, terapia comunitária integrativa e outras (BRASIL, 2017a).

O campo das práticas integrativas e complementares envolve sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que, também, podem ser denominados de medicina tradicional e medicina complementar/alternativa (BRASIL, 2009). A primeira se

relaciona com o conhecimento e as práticas fundamentadas em teorias, crenças e experiências nativas de culturas diversas usadas na manutenção da saúde; envolvem prevenção, diagnóstico e tratamento. A segunda envolve práticas de cuidados alheias ao sistema convencional de saúde do país (WHO, 2013).

Em específico, para manejar a fadiga relacionada com o câncer e seu tratamento, a rede dos centros principais voltados ao câncer — a National Comprehensive Cancer Network (NCCN), localizada nos Estados Unidos — dedica-se ao cuidado, à pesquisa e à educação nessa área. Não por acaso, elaborou uma diretriz que orienta formas de intervir no manejo da fadiga: durante tratamento ativo, pós-tratamento e em cuidados paliativos. Para pacientes em tratamento ativo, a NCCN classificou em três tipos as intervenções.

1) Estratégias gerais para o manejo da fadiga. *Conservação de energia e descanso* — definir prioridades e expectativas realistas, programar atividades para momentos de mais energia, limitar cochilos a menos de uma hora para não interferir na qualidade do sono noturno, ocupar-se com uma atividade de cada vez; *distração* — desviar o foco da fadiga fazendo o que se gosta: ouvir música, ler, socializar, jogar e outras atividades que distraiam a mente; *busca* de significados na situação atual: *ênfase* nas interações significativas e promoção da dignidade aos pacientes; *registro* dos níveis de cansaço; *consideração* da possibilidade de encaminhamento a um especialista (NCCN, 2017b).

2) Intervenções específicas não farmacológicas. *Atividade física* — manter o nível ótimo de atividade e ter precaução quanto a definir o nível de atividades para casos de metástase óssea, trombocitopenia, anemia, febre ou infecção ativa, limitações secundárias às metástases ou outras comorbidades e quanto à segurança, a exemplo da avaliação do risco de queda; considerar o início e a manutenção da atividade física (natação, caminhada, corrida, exercícios com pesos leves etc.) com orientação de profissional de saúde; a prática do yoga, também, está incluída nesse tipo de intervenção. *Terapia corporal* — um exemplo pode ser a massagem terapêutica. Intervenções psicossociais — terapia cognitivo-comportamental e terapias educacionais. *Consulta nutricional* — acompanhamento com nutricionistas pode auxiliar na avaliação do paciente quanto à ingestão de quantidade suficiente de calorias, líquidos, proteínas e outros nutrientes úteis à prevenção da fadiga e ao aumento da energia. *Terapia cognitivo-comportamental para melhorar o sono* — envolve controle de estímulos,

restrição do sono e higiene do sono, a exemplo de hábitos regulares de levantar e deitar da cama no mesmo horário todos os dias. Terapia de luz brilhante<sup>1</sup> — é autoadministrada no início da manhã, por um tempo de 30 minutos a 90 minutos (NCCN, 2017b).

3) Intervenções específicas farmacológicas. *Uso de psicoestimulantes (metilfenidato)* — indicado após descartar outras causas para a fadiga. *Tratamento da dor, sofrimento emocional e anemia. Otimização de tratamento* — para disfunção do sono, deficit/desequilíbrio nutricional e comorbidades (NCCN, 2017b). Cabe dizer que as formas de tratamento farmacológico incluem uso de medicamentos fitoterápicos, ou seja, obtidos de plantas medicinais. Regulamentados no Brasil como medicamentos convencionais, têm eficácia e segurança validadas (BRASIL, 2004b) e têm sido usados em estudos para tratar fadiga em pacientes com câncer de mama.

O extrato de guaraná (*Paullinia cupana*) — uma quantidade padronizada de 50 miligramas duas vezes ao dia — mostrou resultados positivos para tratar a FSQ em pacientes com câncer de mama (CAMPOS et al., 2011b; ALBARNAZ, 2017). O extrato de Ginseng indiano ou Ashwagandha (*Withania somnifera*), também, pode ser uma possibilidade de tratamento para mulheres submetidas à quimioterapia, pois demonstrou melhora da qualidade de vida e da fadiga (BISWAL et al., 2012).

Como formas de estratégias ou de intervenções não farmacológicas para manejar a fadiga, outros autores reforçam: 1) exercícios físicos aeróbicos, de resistência e caminhadas — que evidenciaram benefícios físicos e emocionais no manejo da FSQ, um deles de abordagem qualitativa (TRAVIER et al., 2015; INGRAM; WESSEL; COURNEYA, 2010); 2) conservação de energia com recomendação para alternar momentos de descanso com momentos de atividade rotineira — podem ser utilizados equipamentos auxiliares nessas atividades (BONASSA; GATO, 2012; MITCHELL et al., 2007); 3) intervenção com terapia cognitivo-comportamental (KAREN et al., 2017); 4) terapia de luz brilhante como possibilidade de impedir a piora da fadiga em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia (ANCOLI-ISRAEL et al., 2012).

Estratégias de autocuidado como leitura, atividades de caça-palavras, cozinhar, planejar atividades conforme a tolerância, caminhar, descansar e tirar um cochilo foram evidenciadas por um estudo qualitativo como escolhas dos pacientes oncológicos para

---

<sup>1</sup> A luz brilhante é autoadministrada com uma caixa de luz — mais brilhante que uma lâmpada comum e projetada para ser posta sobre uma mesa. A caixa emite pelo menos 10.000 lux, simulando o comprimento de onda de luz solar, porém não emite luz ultravioleta (ANCOLI-ISRAEL et al., 2012).

lidar com sua fadiga (MAGNUSSON et al., 1999). Para a Teoria do Autocuidado na Enfermagem, o autocuidado envolve atividades que o ser humano realiza em seu benefício para manter condições essenciais à vida, à saúde e ao bem-estar (GEORGE et al., 2000).

Com essas possibilidades e a influência do contexto cultural, cresce a cada dia o número de pacientes com câncer que têm buscado práticas complementares/estratégias não farmacológicas para manejar reações adversas da terapêutica farmacológica antineoplásica (CHIEN; LIU; HSU, 2013). Cabe salientar que a ocorrência da FSQ em mulheres com câncer de mama requer que profissionais e pesquisadores busquem estratégias adequadas para seu manejo sem ignorar as experiências delas em relação ao conhecimento e ao uso dessas estratégias como práticas socioculturais. Não por acaso, a realização deste estudo espera obter conhecimentos ampliados sobre a experiência das participantes a fim de contribuir para melhorar a assistência da enfermagem que pretende ser compreensiva, integral e humanizada. Mais estudos qualitativos, ainda escassos no campo dessa temática, podem contribuir para alcançar tal melhoria.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender experiências de fadiga em mulheres sob tratamento de quimioterapia com diagnóstico de câncer de mama e o uso de práticas complementares/estratégias não farmacológicas para seu manejo.

### **2.2 Objetivos específicos**

Descrever o contexto do estudo, as características sociodemográficas e clínicas das participantes da pesquisa.

Verificar práticas complementares/estratégias não farmacológicas usadas pelas participantes para obter alívio e/ou para tratar a fadiga relacionada com a quimioterapia.

Identificar os sentidos atribuídos às práticas complementares/estratégias não farmacológicas para alívio e/ou tratamento da fadiga relacionada com o tratamento quimioterápico utilizadas pelas participantes da pesquisa.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A antropologia médica mostrou ser o referencial teórico mais coerente com a proposta de pesquisa desdobrada nesta dissertação. Trata-se de um estudo explicativo qualitativo que, na coleta de dados, recorreu a recursos da etnografia e entrevistas semiestruturadas audiogravadas.

#### 3.1 Antropologia médica

A antropologia estuda o homem como ser biológico, social e cultural. Seus estudos consideram o contexto social, as relações e o comportamento na tentativa de compreender a existência humana. Por isso, é uma forma de conhecer a diversidade cultural e buscar respostas para compreender o que somos em relação ao outro, como na representação de um espelho. A antropologia abre possibilidades para sentir e refletir o que nos torna singulares (MARCONI; PRESSOTO, 2010; HANNERZ, 2010).

Dessa perspectiva geral da antropologia, parte o referencial teórico da antropologia médica, ainda influenciada pelo interpretativismo de Geertz como forma de complementar a epidemiologia e a clínica (COSTA; GUALDA, 2010). Optamos por esse referencial porque analisa como as pessoas explicam as doenças — causas, tratamentos, formas de enfrentamento etc. — conforme as diversidades entre os grupos sociais (HELMAN, 2009). Em decorrência dessas diferenças, os indivíduos se comportam e pensam de maneira particular em relação à experiência do processo saúde–doença (LANGDON; WIIK, 2010).

Em primeiro lugar, a antropologia médica busca entender a cultura e os termos em que a experiência foi produzida. Investiga o conhecimento subjetivo construído por meio da realidade vivida pelo indivíduo. Explora como as histórias relacionadas com a experiência da doença fazem sentido para a pessoa. Eis por que se trata de referencial teórico útil para compreender que o conhecimento humano é moldado pela cultura e envolve formas variadas de vida e organização social (GOOD et al., 2010).

Realizar uma investigação social requer registrar as histórias humanas; considerar que são construídas em dado contexto histórico-cultural. Do mesmo modo, é importante respeitar a complexidade dos acontecimentos e sentidos atribuídos às experiências (MINAYO, 2014).

A antropologia médica destaca três dimensões da doença: *disease*, *illness* e *sickness*. *Disease* representa a perspectiva do profissional relacionada com a doença; *illness*, a perspectiva da pessoa adoecida, considerando sua experiência, percepção e reação social; *sickness*, a perspectiva do conhecimento popular (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978). Este estudo valoriza a dimensão *illness* a fim de compreender os sentidos atribuídos à experiência na perspectiva de mulheres participantes do estudo. Além disso, “As atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas perante as doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural”. Logo, esse sistema se constituiria pela interação dos três setores: profissional, tradicional e popular; ou seja, profissionais, pacientes e famílias, respectivamente (KLEINMAN, 1980).

A cultura é a rede de significados que resulta da inserção do indivíduo e sua adaptação a contextos sociais específicos em que vive. Independe da genética. Envolve valores, normas, símbolos e práticas compartilhados por um grupo social e mudáveis ao longo do tempo (LARAIA, 2009; LANGDON; WIIK, 2010). Possibilita compreender e interpretar comportamentos humanos (KLEINMAN, 1980). Com efeito, Geertz (1989) compreende o homem envolvido em teias de significados tecidas e construídas por ele mesmo; ou seja, envolvido em cultura. A análise dessas teias cabe à antropologia, ciência que busca interpretar os significados.

Na antropologia, a interpretação dos comportamentos é hermenêutica, ou seja, ocorre pela arte da interpretação. O círculo hermenêutico é um processo contínuo e inacabado que propõe compreender e interpretar cada vez mais o texto em um ir e vir constante da parte para o todo, e deste àquela. Esse processo reflexivo produz a interpretação e o sentido (RICOEUR, 1977).

Desenvolver uma pesquisa desta natureza exigiu um método coerente com os objetivos de pesquisa propostos. Dado o contexto em que este estudo se insere, o método etnográfico mostrou ser a opção mais adequada para desenvolver a investigação.

### 3.2 Etnografia

A etnografia compreende seu objeto de estudo pela observação direta por um período de tempo e em seu contexto, seguida da sistematização da experiência em forma de texto (MATTOS, 2001; PIZZA, 2005). É uma “descrição densa” construída

mediante a análise da interpretação que cada indivíduo faz das coisas, dos acontecimentos e dos fatos: elementos assentados na cultura (GEERTZ, 1989). Interpretando Ricoeur, diz Geertz (1989) que a “A etnografia é a interpretação das culturas”.

Para Minayo (2014), no estudo etnográfico, a investigação presume várias idas a campo antes da realização do trabalho mais intensivo. O pesquisador busca presumir o primeiro impacto da pesquisa, avaliar a forma de apresentá-la e de se apresentar ao participante para realizar as primeiras abordagens. O intuito é avaliar a situação em que se desenvolve a pesquisa para estabelecer vínculo com o entrevistado.

A etnografia tem como base que a compreensão e explicação dos comportamentos humanos só são possíveis quando temos, como referência, o contexto social no qual ocorrem e são observados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Ela requer a inserção do pesquisador no contexto do fenômeno observado para observar o cotidiano do participante, compreender seu mundo simbólico e captar os sentidos atribuídos à experiência que se pretende conhecer (POPE; MAYS, 2009). O método etnográfico possibilita ao pesquisador se deslocar de sua cultura e se posicionar dentro do fenômeno observado. Como tal, pode ser útil para compreender os sentidos das experiências de mulheres com câncer de mama em quimioterapia que recorrem a práticas complementares/estratégias não farmacológicas para manejar a fadiga.

### 3.3 Participantes

Os critérios de inclusão de paciente foram estes:

- que fosse mulher com idade superior a 18 anos e tivesse diagnóstico de câncer de mama em estadiamento clínico I e II;
- que tivesse conhecimento de seu diagnóstico;
- que estivesse em tratamento com quimioterapia endovenosa, realizando no máximo o terceiro ciclo<sup>2</sup> previsto;
- que apresentasse fadiga como reação adversa relacionada com a quimioterapia;
- que tivesse recorrido a prática(s) complementar(es)/estratégia(s) não farmacológica(s) para aliviar a fadiga durante a quimioterapia;

---

<sup>2</sup> Para o câncer de mama inicial, em geral são previstos de seis a oito ciclos de quimioterapia (BUZAID; MALUF; LIMA, 2015).

- que mostrasse capacidade de compreensão cognitiva preservada;
- que apresentasse formalmente interesse em participar da pesquisa mediante assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Eis os critérios de exclusão de paciente:

- que apresentasse piora clínica e/ou mostrasse aparecimento de metástase à distância ou que evoluísse para óbito durante a coleta de dados;
- que tivesse fadiga primária ou secundária relacionada com outras situações que não a quimioterapia;
- que estivesse em radioterapia concomitante à quimioterapia;<sup>3</sup>
- que não aceitasse a gravação das entrevistas em áudio;
- que desistisse de participar da pesquisa após ter iniciado;
- que residisse a mais de 40 quilômetros do perímetro urbano da cidade-sede do estudo.

Considerando a profundidade que a pesquisa qualitativa requer, foram selecionadas seis mulheres conforme os critérios mencionados. Foi necessária a exclusão de duas participantes após a primeira entrevista. Uma delas, devido ao encerramento do tratamento antes do tempo previsto; a outra, por não apresentar fadiga novamente após o recrutamento. Assim, foram quatro participantes no total. O estudo obedeceu aos critérios de saturação de dados qualitativos (STRAUSS; CORBIN, 1990), que permite incluir participantes até que os objetivos sejam respondidos, nenhum novo tema seja estabelecido ou até que não haja novos questionamentos dentro das categorias ou dos temas.

As quatro participantes são do município onde ocorreria o estudo, em concordância com o maior número de pacientes atendidos no serviço de oncologia em 2016: foram 59.413 provenientes de tal município ante um total de 83.378 pacientes de outras cidades que passaram por consulta ambulatorial na instituição (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7).

A investigação obedeceu aos critérios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi apresentado o TCLE, sendo a assinatura pedida antes da

---

<sup>3</sup> Considera-se que a fadiga pode se relacionar com a radioterapia (NCCN, 2017).

inclusão das participantes. Elas foram identificadas por pseudônimos para garantir o anonimato (POPE; MAYS, 2009). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), sob o certificado de apresentação para apreciação ética n. 43007615.5.0000.5152.

A coleta de dados só foi iniciada após aprovação do CEP. Para iniciá-la no ambulatório de oncologia, apresentamos uma solicitação ao diretor responsável pela unidade. O ingresso no ambiente de coleta foi facilitado pelo vínculo estabelecido pela equipe, já pré-envolvida no projeto de extensão — em andamento há oito anos na instituição, cabe reforçar. Já conhecíamos vários funcionários do setor de ambulatório onde as pacientes realizaram o tratamento.

O ambulatório funciona de segunda à sexta-feira, de 7h as 19h. É atendida a média diária de cem pacientes (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7) em quimioterapia, soroterapia, hemotransfusões, heparinização de cateteres totalmente implantados, entrega de medicação por via oral e administração de medicamento injetável por via subcutânea ou intramuscular.

O setor de quimioterapia tem quatro salas de tratamento e dois consultórios de enfermagem. Há uma sala para aplicação de injeções com maca e três salas de infusão: sala 1 — com oito poltronas; sala 2 — com quatro poltronas e cinco camas; e sala de pediatria — com quatro camas. As camas são utilizadas de preferência por pacientes que recebem quimioterapia com tempo de infusão superior a quatro horas e aqueles com dificuldades em ficar sentados na poltrona. Nos consultórios de enfermagem, os pacientes em início de tratamento são orientados pelas enfermeiras do serviço em consulta de enfermagem — atividade iniciada no primeiro semestre de 2017. As duas salas são usadas, também, para atividades administrativas, tais como elaboração de escalas de horário de trabalho e reunião com servidores do setor.

A equipe de enfermagem cumpre carga horária de 36 horas semanais. São três enfermeiras e doze técnicos em enfermagem (sete técnicos e duas enfermeiras para o período matutino; cinco técnicos e uma enfermeira para o vespertino). Mesmo com o número elevado de atendimentos e as necessidades de cada paciente, a equipe trabalha em harmonia. Sua distribuição supre de forma organizada a demanda do serviço (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7).

### 3.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizadas estratégias do método etnográfico: entrevista do tipo semiestruturada com gravação em áudio, observação durante as entrevistas e anotações em diário de campo.

Considerada como facilitadora do diálogo, a entrevista com questões abertas permite ao entrevistado produzir seu texto, ou seja, descrever sua história com suas respostas (RIESSMAN, 1993). A entrevista semiestruturada é flexível. É conduzida por questões abertas que definem a área de interesse do estudo. O entrevistador segue um roteiro de questões a ser respondidas ou de tópicos a ser preenchidos; mas não necessariamente em uma ordem preestabelecida. Pesquisador ou participante podem divergir, conforme for a necessidade de mais detalhes nas respostas ou de prosseguir o raciocínio; podem, também, ser formuladas questões que, porventura, surgirem (POPE; MAYS, 2009; MATTOS; LINCOLN, 2005).

O recrutamento das participantes aconteceu nas dependências do ambulatório de oncologia de um hospital universitário do interior de Minas Gerais, durante consulta de enfermagem realizada como atividade de um projeto de extensão vinculado à graduação em Enfermagem — convém lembrar. A equipe executora do projeto é formada por docentes, graduandas e pós-graduandas. As participantes do projeto são atendidas por alguma integrante da equipe com protocolos de sistematização da assistência de enfermagem especialmente elaborados para mulheres com câncer de mama e sob quimioterapia.

Um dos diagnósticos de enfermagem possíveis é a fadiga. Quando a paciente era avaliada e era constatada a fadiga — com aplicação do fluxograma de avaliação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS/ABCP, 2010) e da escala de Piper-revisada (MOTA; PIMENTA; PIPER, 2009) —, a pessoa responsável pelo atendimento verificava se aquela mulher cumpria os critérios de inclusão na pesquisa aqui descrita; em caso afirmativo, informava-me para que eu entrasse em contato com a paciente a fim de formalizar um convite de participação.

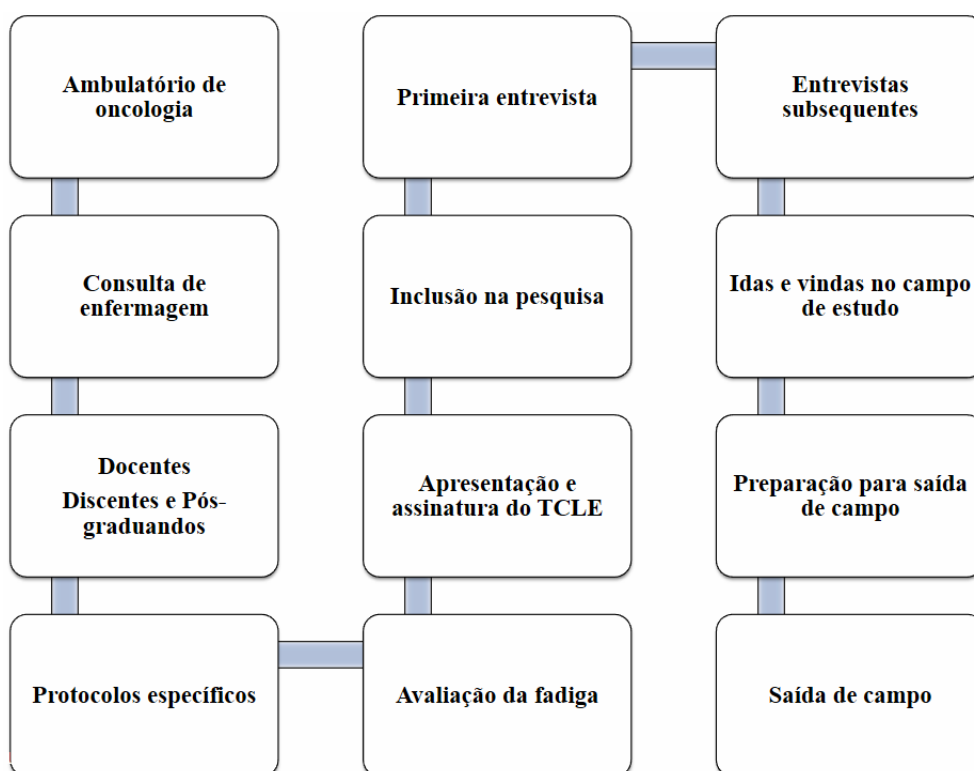
A forma de participar era explicada no dia em que a paciente comparecia ao serviço de oncologia para consulta médica e/ou realização de quimioterapia, durante a consulta de enfermagem, que ocorria em consultório ou na sala de administração de quimioterapia. Afirmado o aceite, era solicitada a assinatura do TCLE. Após assinatura, foi agendada a primeira entrevista, que aconteceu no domicílio da participante, em data

e horário pré-agendados e de acordo com sua disponibilidade. Na primeira entrevista, foi preenchido um formulário elaborado para coletar informações e caracterização sociodemográfica e clínica (APÊNDICE A). O período de coleta se estendeu por quase treze meses.

Os demais encontros ocorreram no domicílio das mulheres, no ambiente de trabalho de uma participante e no ambulatório de oncologia — sempre em local privativo e escolhido pela participante. Este contato com as pacientes no contexto em que viviam e no ambiente onde realizavam o tratamento propiciou condições favoráveis à coleta e análise de dados.

As entrevistas — 20 ao todo — foram gravadas em áudio para não se perder nenhuma informação e em prol de uma análise detalhada. Também houve visitas domiciliares, na medida da necessidade, e contato telefônico a fim de estreitar o relacionamento com as participantes e saber mais de suas experiências (FIG.).

FIGURA. Diagrama do processo de coleta de dados



Fontes: elaboração para a pesquisa

A questão principal que norteou o estudo foi: “Você pode me contar como é para você utilizar [práticas complementares/estratégias não farmacológicas] durante a

quimioterapia para lidar com a fadiga?” (APÊNDICE B). A entrevistada pôde falar livremente de sua experiência; quando se desviava do foco, esta pesquisadora que escreve retomava o tema original (GIL, 2008) e direcionava a conversa para explorar assuntos não contados e até formular outras perguntas. A intenção foi obter uma coleta de dados rica em informações, observações e impressões sobre o relato apresentado.

As entrevistas tiveram duração média de 46 minutos. A transcrição foi feita por mim e arquivada em computador de uso pessoal. O intervalo entre elas foi de 21 a 28 dias, o que corresponde ao intervalo entre os ciclos de quimioterapia; não excederam um mês — exceto quando solicitado pela participante ou em caso de dificuldade para contato.

Em entrevistas subsequentes, sempre houve retorno a aspectos abordados em entrevista anterior com todas participantes a fim de retomar pontos para esclarecimento e aprofundamento. Não houve entrega das transcrições para as participantes ao final das entrevistas, uma vez que todos os esclarecimentos foram realizados na coleta. Não restaram dúvidas quanto aos conteúdos dos áudios nem quanto aos discursos das participantes. Após a etapa de coleta de dados, mas antes da saída de campo, elas foram avisadas e preparadas para o fim dos encontros.

### **3.5 Análise dos dados**

O método adotado para organizar, analisar e descrever a série de dados foi a análise temática indutiva, proposta por Braun e Clarke (2006). É considerado um método flexível na interpretação de dados qualitativos. Para sua aplicação, seguimos seis etapas:

- 1) familiarização com as informações: transcrever dados coletados referentes a cada participante, ler e reler, anotando ideias iniciais;
- 2) geração de códigos iniciais: produzir códigos iniciais com base em características interessantes dos dados;
- 3) busca por temas: agrupar os códigos em possíveis temas/unidades de sentido, reunindo os dados relevantes em cada tema;
- 4) revisão dos temas: avaliar e, se necessário, retrabalhar o tema ou criar outro;
- 5) definição e nomeação dos sentidos: analisar e gerar definições claras e nomear cada tema;
- 6) produção do relatório/dissertação.



Durante a análise de dados, as 20 entrevistas foram transcritas e lidas várias vezes para familiarização. Depois foram realizadas a codificação e anotação das ideias iniciais. Na codificação inicial, utilizamos cinco cores, para destacar palavras, expressões e frases conforme os objetivos do estudo; por exemplo: a cor verde destacou trechos alusivos à fadiga; o amarelo, trechos sobre práticas complementares/estratégias não farmacológicas; e assim por diante. Seguindo esses códigos, foram preestabelecidos quatro temas que reuniram os dados relacionados de todas as entrevistas. Após ser analisados criteriosamente e reorganizados, esses temas iniciais foram, enfim, reagrupados em dois temas e sete subtemas (QUADRO 2).

QUADRO 2. Temas e subtemas.

A FADIGA NA PERSPECTIVA DA MULHER ADOECIDA	AUTOCUIDADO E CUIDADO RECEBIDO COMO ESTRATÉGIAS PARA MANEJO DA FADIGA
A experiência da fadiga	Autocuidado no manejo da fadiga física
Repercussões da fadiga na rotina de vida diária	Autocuidado no manejo da fadiga emocional
Duração da fadiga	O cuidado recebido durante a fadiga
Intensidade da fadiga	

Fonte: dados da pesquisa

Cabe ressaltar que o objetivo inicial deste estudo foi centralizado na investigação de “práticas complementares”. Mas ao longo das entrevistas e da análise dos dados percebemos que esse termo seria insuficiente para nomear as práticas das participantes e, portanto, não fariam parte do conjunto de dados obtidos; ou seja, seriam consideradas só as práticas descritas na literatura (BRASIL, 2015b). Optamos por nomeá-las de “práticas complementares/estratégias não farmacológicas”. Esse termo abrange as práticas populares adotadas — sem reconhecimento e embasamento científico — e aquelas estabelecidas por pesquisas sistemáticas, com evidências de resultados importantes para manejar problemas como a FSQ e que estão na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS e na diretriz para a fadiga estabelecida pelo NCCN (2017b).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Caracterização das participantes

As quatro mulheres residiam na cidade onde há o ambulatório. Três são casadas. Todas têm filhos adultos. A faixa etária variou de 43 anos a 65 anos. Os níveis de escolaridade são diversos, assim como as ocupações e religiões. São referidas aqui como Luíza, Lis, Livia e Maya, pseudônimos escolhidos por elas. O Quadro 3 destaca características sociodemográficas delas conforme o questionário de pesquisa.

QUADRO 3. Características sociodemográficas das participantes do estudo, Uberlândia, MG, Brasil, 2017

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS								
<b>Id</b>	<b>Idade</b>	<b>Nível escolar</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Filhos</b>	<b>Religião</b>	<b>Com quem reside</b>	<b>Renda* familiar</b>
<i>Luíza</i>	65	Fundamental incompleto (5ª série)	Costureira aposentada	Viúva	2	Testemunha de Jeová	Sozinha	6 salários mínimos*
<i>Lis</i>	47	Superior completo	Professora e coordenadora de graduação	Casada	2	Católica	Esposo e filhos	4 salários mínimos*
<i>Livia</i>	43	Médio completo	Educadora infantil	Casada	2	Assembleia de Deus	Esposo e filho	4 salários mínimos**
<i>Maya</i>	51	Médio completo	Maqueira	Casada	1m	Espírita	Esposo e filha	4,5 salários mínimos**

\*Salário mínimo em 2015: R\$ 788,00 — \*\* Salário mínimo em 2016: R\$ 880,00

Fonte: dados do questionário

Sobre dados clínicos e terapêuticos, todas as mulheres realizaram o tratamento com intenção adjuvante e foram submetidas à cirurgia do tipo quadrantectomia. Os demais dados se divergiram entre elas e estão expostos no Quadro 4.

QUADRO 4. Características clínicas das participantes do estudo, Uberlândia, MG, Brasil, 2017

DADOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS					
<b>ID</b>	<b>Período de Dx</b>	<b>Tempo do diagnóstico à cirurgia</b>	<b>EC</b>	<b>Protocolo de QT</b>	<b>Tratamento após QT</b>
<i>Luíza</i>	Set. 2014	6 meses	I	AC-TH	RT
<i>Lis</i>	Dez. 2014	2 meses	IIA	FAC	RT e HT
<i>Livia</i>	Jan. 2015	5 meses	IIA	AC-TH	RT e HT
<i>Maya</i>	Ago. 2015	2 meses	I	CMF	RT e HT

Abreviações: ID: identificação das participantes por pseudônimos; Dx: diagnóstico; EC: estadiamento clínico; AC-TH: antineoplásicos doxorrubicina e ciclofosfamida, seguidos de paclitaxel ou docetaxel, associado ao anticorpo monoclonal trastuzumabe; FAC: antineoplásicos fluorouracila, doxorrubicina e ciclofosfamida; CMF: antineoplásicos ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracila; RT: radioterapia; HT: hormonioterapia; QT: quimioterapia.

Fonte: dados da pesquisa

*Luíza*. Viúva e costureira aposentada, a participante de pseudônimo Luíza tinha 65 anos à época da pesquisa e morava sozinha em uma casa de colônia<sup>4</sup> em conjunto residencial da região leste da cidade-sede do estudo. É mãe de um casal já adulto — o filho, casado, tem 35 anos de idade, é agrônomo e reside na mesma cidade onde vive a participante; não tivemos oportunidade de conhecê-lo. Mas conhecemos a filha, de 32 anos. Solteira, residia em município distante quase 1.170 quilômetros de onde mora a mãe. Trabalhava como veterinária concursada e conseguiu licença de quatro meses — após pedido formal à empresa — para ficar com Luíza e acompanhá-la durante o tratamento. Em alguns encontros, estava presente na casa. Além disso, estava tentando ser transferida para a cidade onde mora a mãe. Não pudemos acompanhar o desfecho da tentativa. Ao fim do último encontro, foi possível conhecer rapidamente a irmã da participante, que morava nas proximidades. Algumas vezes, também encontramos na casa um cachorro de estimação da filha e uma ave da espécie calopsita, da participante.

Luíza era proprietária da casa onde morava e gerenciava o aluguel de três residências da colônia. Sua casa era a primeira do conjunto. Trabalhou como costureira durante muitos anos, mas no período do diagnóstico já não trabalhava mais. Adaptou um pequeno espaço na garagem de seu domicílio, onde costurava quando sentia vontade, porque gostava. Foi diagnosticada com câncer em 29 de agosto de 2014, após exame de mamografia de rotina, seguida de biópsia. Ela relatou que demorou quase um ano para retornar ao médico a fim de avaliar a mamografia; em 2 de fevereiro de 2015, foi submetida à quadrantectomia na mama direita. Em relação à quimioterapia, foi iniciada em 19 de março de 2015, utilizando os quimioterápicos doxorrubicina e ciclofosfamida (AC). Foram administrados quatro ciclos, com intervalo de 21 dias. Em seguida, foi iniciada a segunda etapa do protocolo, com o quimioterápico docetaxel e o anticorpo monoclonal trastuzumabe.

Contudo, a participante apresentou reações adversas, tais como mucosite (grau 1), náuseas, febre e neutropenia, astenia e diarreia (todas de grau 3). Tais reações caracterizaram reação adversa severa ao docetaxel, por isso foi necessária substituição pela droga antineoplásica paclitaxel, conforme apresentado em evolução médica. Com esse quimioterápico foram realizados três ciclos do tratamento, concomitantes ao anticorpo monoclonal trastuzumabe, ambos com fracionamento da dose total em nove semanas. A radioterapia estava prevista para o período pós-esquema com paclitaxel.

---

<sup>4</sup> A expressão casa de colônia alude a várias residências construídas no mesmo lote para ser alugadas.

Em relação às entrevistas, houve seis encontros: cinco em seu domicílio, um no setor de oncologia onde ela se tratava. Luíza se sentia mais à vontade em casa. Durante as visitas para entrevista, foi possível conhecer vários ambientes da residência: sala, cozinha e um dos quartos; era uma casa pequena, porém bem arejada e organizada, exceto nos momentos em que a paciente estava limitada, por conta de reações adversas à quimioterapia, para mantê-la dessa forma. O período de entrevistas para coleta de dados foi de 15 de junho a 25 de outubro de 2015, data em que ocorreu a saída de campo (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7).

*Lis.* Com 47 anos de idade à época da entrevista, a participante Lis era casada, professora e coordenadora de um curso de graduação. Morava com o esposo e os dois filhos, solteiros — um com 24 anos, outro com 27 —, na região leste da cidade-sede do estudo. Tinha uma cachorra de estimação. Seu esposo administrava casas de aluguel, então conseguiu organizar suas atividades para ficar em casa com Lis e acompanhá-la nos atendimentos hospitalares. Os dois filhos trabalhavam em sua área de formação — economia e advocacia. Foi possível conhecer a mãe da participante em um encontro; ela residia em outra cidade. O esposo esteve presente em todos os encontros domiciliares; os dois filhos, com as respectivas namoradas, estiveram presentes na maioria. A família garantia a privacidade durante as entrevistas.

Lis realizava exame de rotina, mas percebeu o nódulo em sua mama direita no intervalo entre as mamografias de rastreamento. Procurou o serviço médico. Após novos exames e biópsia, veio o diagnóstico de câncer. Era 29 de dezembro de 2014. Em 24 de fevereiro de 2015, ela foi submetida à quadrantectomia na mama direita; em 14 de abril, foi iniciado o protocolo de quimioterapia com drogas antineoplásicas fluorouracila, doxorrubicina e ciclofosfamida (FAC), administrada em seis ciclos, com sessões a cada 21 dias. Uma vez findo o protocolo, a previsão era seguir o tratamento com radioterapia e hormonioterapia.

Realizamos quatro entrevistas com Lis: três no domicílio, uma em sala privativa na faculdade onde ela trabalhava. Na residência dela, foi possível perceber organização e cômodos bem distribuídos. É um ambiente aconchegante, em especial a varanda com plantas e flores; é onde ela gostava de passar o dia. Ali há uma mesa grande e uma cozinha externa. No momento em que a entrevistamos no ambiente de trabalho, ela já estava em radioterapia e retomando as atividades laborais. Percebemos uma rotina dinâmica e intensa. Não por acaso, pausamos a entrevista três vezes para que ela

atendesse alunos e um professor. As entrevistas ocorreram de 27 de junho a 5 de outubro de 2015, quando estabelecemos a saída do campo de estudo (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7).

*Lívia.* Educadora infantil de 43 anos de idade e casada, a participante Lívia estava afastada do trabalho desde 2013, em razão de um diagnóstico de bursite. Morava com o esposo e um filho, de 21 anos; o outro, de 23, é casado. Residia em uma casa de fundo no lote onde moram os pais, na região leste da cidade-sede do estudo. No período das primeiras visitas, o esposo trabalhava vendendo picolés para uma empresa do município; ao longo do tratamento de Lívia, ele interrompeu essa atividade e se iniciou como autônomo na fabricação de doces e queijos. Os dois filhos trabalhavam na área de serviços gerais; estavam presentes no domicílio durante a maioria das entrevistas, assim como estava o esposo. Todos mostraram ser empáticos e acessíveis. Em um encontro inicial, foi possível conhecer brevemente a irmã e a mãe de Lívia, que estavam na residência auxiliando-a em atividades domésticas. Havia um cachorro de estimação, que ficava na área externa da casa.

A participante Lívia relatou história de nódulo em mama esquerda desde 2010. O exame de mamografia apresentou microcalcificações com indicação de acompanhamento anual. Ela disse que no ano de 2013 enfrentou dificuldades no SUS quanto a marcar o retorno médico; já estava com o resultado da mamografia, mas não conseguiu consulta. No ano seguinte, após avaliação médica, foi submetida a uma nodulectomia, em 11 de novembro de 2014, quando foi diagnosticada com câncer de mama; em seguida, foram necessários outros dois procedimentos cirúrgicos. A quadrantectomia com pesquisa de linfonodo sentinela ocorreu em abril de 2015; e no início de agosto, houve ampliação da margem cirúrgica.

Em seguida, ela foi encaminhada para tratamento adjuvante com quimioterapia. O primeiro ciclo ocorreu em 8 de outubro de 2015. Foram administrados quatro ciclos dos antineoplásicos doxorubicina e ciclofosfamida (AC), com intervalo de 21 dias. Em seguida, houve quatro ciclos com o quimioterápico paclitaxel — sessões semanais — e o anticorpo monoclonal trastuzumabe, com intervalo de 21 dias entre os ciclos. Uma vez findos os ciclos de paclitaxel, a previsão era iniciar o tratamento com radioterapia e hormonioterapia.

Foram realizadas seis entrevistas com a participante Livia: cinco em seu domicílio, uma no consultório do setor de oncologia do hospital universitário — quando conciliamos o encontro com a consulta médica a pedido dela. Na residência, as entrevistas ocorreram na sala de estar, na garagem e na cozinha; observamos cômodos bem distribuídos e uma garagem com acabamento simples. A casa se apresentava organizada, mas a participante relatou desconforto com a limpeza dos cômodos em algumas de nossas visitas; contou que não conseguia limpar como antes do tratamento. O período de coleta de dados foi de 16 de janeiro a 4 de junho de 2016. O último contato para a saída de campo foi em 19 de novembro de 2016, dadas as visitas informais realizadas a fim de saber como ela estava após o tratamento (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7).

*Maya.* Maqueira hospitalar (responsável pelo transporte de pacientes), casada e com 51 anos de idade à época da pesquisa, a participante Maya foi afastada integralmente do trabalho durante o tratamento. Residia com o esposo e a filha, de 24 anos, na região central da cidade-sede do estudo. O esposo era comerciante em um armazém — ou seja, era sócio do irmão; a filha cursava mestrado, trabalhava na área de agronomia e tinha relações de proximidade com a mãe. Tivemos contato ela na maioria das entrevistas e conhecemos rapidamente seu namorado em um dos encontros; ele era citado com carinho pela participante. Não tivemos a oportunidade de conhecer os pais de Maya, residentes em uma chácara no mesmo município da cidade-sede. Ela tinha três cachorras de estimação, duas ficavam na varanda, no fundo da casa, e uma sempre foi vista dentro da casa. Com esta, Maya demonstrava mais vínculo.

Maya notou o nódulo na mama esquerda no ano de 2015. A princípio, não procurou pelo serviço médico; a iniciativa ocorreu após sentir dor. Após investigação com exame de mamografia e biópsia, em 17 de novembro de 2015 ela foi submetida à quadrantectomia. Iniciou o protocolo de quimioterapia em 19 de janeiro de 2016, com as drogas antineoplásicas ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracila (CMF); foram administrados seis ciclos, com intervalo de 21 dias. Para sequência do tratamento, foram propostas radioterapia e hormonioterapia.

Todos os encontros ocorreram na residência de Maya, sempre na sala de estar conjugada à cozinha — eram separadas por uma cortina grande. Algumas vezes, após a entrevista, houve convite para ir para a cozinha. Era uma casa arejada, mas não conhecemos outros cômodos. Foi possível perceber uma casa bem organizada. As

entrevistas ocorreram entre 10 de abril e 22 de julho de 2016. Após a coleta de dados, houve visitas informais para saber como a participante estava e preparar a saída de campo, que ocorreu em 5 de novembro de 2016 (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7).

Com base nas entrevistas e observações, buscamos aprofundar o conhecimento e encontrar respostas às nossas inquietações, contidas nos objetivos definidos para a pesquisa aqui descrita, assim como por suas questões norteadoras. Obtivemos muitos relatos, que foram reunidos e analisados seguindo os passos da análise temática indutiva (BRAUN; CLARKE, 2006) para construir estes dois temas: “a fadiga na perspectiva da mulher adoecida” e “o autocuidado e o cuidado recebido como estratégias para o manejo da fadiga”.

Para Braun e Clarke (2006), um *tema* é uma palavra ou expressão que capturam a essência, o que importa nos dados em relação às questões de pesquisa. Representa um nível de respostas padronizadas ou um sentido comum em uma série de dados. Sua construção requer um processo intenso de leitura e releitura dos dados, com idas e vindas entre as fases de análise temática indutiva.

## 4.2 A fadiga na perspectiva da mulher adoecida

A fadiga na perspectiva da mulher adoecida se refere à parte das experiências das mulheres adoecidas e submetidas a esquemas de quimioterapia que experimentaram a fadiga como efeito secundário ao tratamento. A descrição considera a voz delas. Esse tema foi dividido nos subtemas “a experiência da fadiga”, “repercussões da fadiga na rotina de vida diária”, “duração da fadiga” e “intensidade da fadiga”.

### 4.2.1 A experiência da fadiga

Ao analisarmos as falas das participantes quando foi abordada, nas entrevistas, a caracterização da FSQ, verificamos que compunham uma descrição focalizada, em especial, nas sensações de desconforto, físico e emocional. Relacionados com a dimensão física da FSQ, o cansaço e a limitação foram descritores recorrentes na fala das entrevistadas:

[...] vejo assim, como um cansaço do corpo; o corpo pede para você não se movimentar [...] você deita, e seu corpo não fica relaxado. (LUÍZA, 1ª entrevista, 2015).

[...] o fato de estar me arrumando, mudando uma roupa, um calçado, aquela movimentação assim, eu já sinto cansada [...] Coisa mínima, fico cansada! (LÍVIA, 4ª entrevista, 2015).

Cansada, [enfática] era cansaço mesmo! [...] parece que cada braço pesava duzentos quilos [...] era vontade de ficar deitada. (MAYA, 1ª entrevista, 2016).

O corpo cansado, as pernas cansadas, os braços cansados [...] é um cansaço físico mesmo. (LIS, 3ª entrevista, 2015).

A fim de compreender mais esse cansaço relatado, questionamos se a FSQ era comparável ao cansaço decorrente do trabalho intenso ou algum outro tipo de cansaço:

Esse [cansaço] é completamente diferente de qualquer outro cansaço que eu já tive. Porque, se você está cansada de trabalhar, você deita, aí você relaxa. É um cansaço que você deita, mas não relaxa. (LUÍZA, 6ª entrevista, 2015).

É diferente... porque o cansaço do trabalho é mais pesado. O corpo fica bem diferente. É mais assim, uma indisposição... dá um desânimo sem fazer nada. Então, é muito estranho o corpo não reagir [à fadiga], o do trabalho é diferente. (LÍVIA, 1ª entrevista, 2016).

A limitação, também, foi referida pelas participantes ao descrever a FSQ e exemplificada pela dificuldade em manter a prática de atividades rotineiras e atividades de lazer e socialização:

[...] fadiga para mim é... a sensação de não poder fazer o que você quer, de que seu corpo está limitado. (LIS, 3ª entrevista, 2015).

[...] a fadiga me impossibilita de fazer as coisas que eu fazia normalmente [...] não dá disposição, quero fazer, mas o corpo não reage. (LÍVIA, 2ª e 1ª entrevista, 2016).

Eu não tenho aquela disposição de ficar saindo, de ir nos lugares, porque eu canso muito. (LÍVIA, 4ª entrevista, 2016).

No que se refere à descrição da FSQ, em sua dimensão emocional, as expressões mais usadas pelas participantes do estudo estavam relacionadas com alterações de humor, impaciência, intolerância, sensação de peso na cabeça e angústia.

[...] ela [a fadiga] te tira a vontade de sair, de conversar. Tira a sua paciência. (LUÍZA, 1ª entrevista, 2015).

[...] a cabeça também ficava meio ruim [com sensação de peso] [...] um pouco nervosa, fadigada. Eu sou muito tranquila [risos]. [Mas] eu estava um pouquinho intolerante, nervosa, impaciente. (LÍVIA, 3ª entrevista, 2016).



Eu fico fadigada [enfática], fico indignada com certas coisas... E meu humor [enfática] está variando demais! [...] Não gosto do tipo que está conduzindo a minha vida. Acho que é isso que está me deixando mais com essas oscilações [enfática] assim! [...] tem hora que eu estou boa, tranquila, [enfática] mas me dá uma angústia! [...] é uma mistura de sentimento que a gente tem, essa fadiga emocional. (MAYA, 1ª, 2ª e 3ª entrevistas, 2016).

As participantes relacionaram a experiência da fadiga com a quimioterapia considerando que não apresentavam essas sensações antes do tratamento.

O cansaço é... a “químio” trabalhando. Deve mexer com tudo, é o corpo todo. (LUÍZA, 6ª entrevista, 2015).

Imagino que é da medicação. (LÍVIA, 5ª entrevista, 2016).

Deve ser do tratamento, porque da doença em si quando eu descobri que eu estava doente [...] eu não sentia nada, trabalhava o dia inteiro [enfática] e não dava nem dor nos pés. (MAYA, 2ª entrevista, 2016).

A experiência da FSQ foi descrita, em especial, pelas alterações geradas, as quais envolveram dimensões físicas, psíquicas e sociais, além de repercutir na vida das participantes.

#### 4.2.2 *Repercussões da fadiga na rotina de vida diária*

As atividades cotidianas que antes eram incorporadas à rotina de vida não eram desempenhadas com a mesma habilidade e o mesmo ritmo anteriores. Apesar disso, as participantes demonstraram o desejo de exercer o papel de cuidadora do lar por meio do desempenho de tarefas domésticas, o que parece ter papel importante para elas.

[...] me esforço para fazer a comida... mas é cansativo. (LÍVIA, 4ª entrevista, 2016).

[...] eu não estou conseguindo ainda organizar as minhas coisas do jeito que eu gosto de fazer, de organizar. Minha geladeira, até hoje eu não limpei. Mas eu já estou quase dando conta [risos]. (LÍVIA, 5ª entrevista, 2016).

[...] hoje eu queria era varrer essa varanda [risos], não dei conta... não estou conseguindo fazer movimentos fortes... até que fazer uma comida mais leve está dando, mas, para o movimento de gastar energia, fazer um exercício, eu ainda não estou boa. (LIS, 2ª entrevista, 2015).

[...] faço [atividades em casa], mas é mais demorado agora. (MAYA, 3ª entrevista, 2016).

Ao longo do tratamento, as participantes sentiram necessidade de se adaptar às limitações impostas pela FSQ mediante uma reorganização da dinâmica domiciliar para que as atividades domésticas fossem exercidas por algum familiar.

[...] antes do tratamento, eu lavava [enfática] todo dia, lavava todos os banheiros... lavava a parte lá de baixo [da varanda], limpava a piscina, fazia tudo [...] agora eu não dou conta mesmo de fazer, eu pego e deixo para ela [a filha]. Se der tempo de fazer, faz. Se ela não puder [por ter outras atividades], fica sem fazer. (MAYA, 3ª e 2ª entrevistas, 2016).

[...] mudou a estrutura da nossa casa, porque eu fazia tudo. Hoje ele [o esposo] cozinha, arruma casa. Então, de certa forma, ele assumiu esse papel junto comigo... isso foi uma transformação tanto para mim quanto para ele. Porque, até então, ele nunca tinha feito nada disso em casa [risos]. (LIS, 3ª entrevista, 2015).

Durante a quimioterapia, as participantes foram afastadas do trabalho externo e apresentaram restrições para realizar atividades rotineiras, como as do domicílio. Inesperadas, tais mudanças comprometeram o convívio social e o bem-estar. Tiveram repercussão emocional negativa. A partir de então, o exercício de ser cuidada se tornou parte da rotina das mulheres.

[...] eu fui na faculdade, vi o pessoal e aí eu falei: “Poxa! A vida continua, e eu vou ficar aqui parada?” [risos] Então, me deu um desespero, eu chorei muito! Chorei de soluçar, de gritar [...] eu tenho muita energia, sempre movimenteiei muito. Então, quando eu me sinto sem poder exercer as coisas, me dá essa sensação assim... um pouco de impotência [enfática] [...] uma sensação de ansiedade. (LIS, 3ª e 2ª entrevistas, 2015).

[...] eu não estou indo lá fora, ela [a filha] vai para faculdade, ele [o esposo] vai para o trabalho, mas eu estou aqui [em casa]! A hora que eu saio é para ir cuidar da minha saúde. Aí, quando eu não estou aqui, eu estou lá dentro do hospital, como uma paciente, eu não estou lá trabalhando de maqueira [...] eu gosto mais de fazer por alguém do que alguém fazer para mim [risos]. (MAYA, 1ª entrevista, 2016).

[...] [Emoção e choro antes de falar] eu ter que ver minha mãe fazer as coisas para mim com 70 anos [pausa na fala] quando eu podia estar ajudando ela [...] um sentimento muito grande de impotência [enfática]; de não poder fazer e não dar conta de fazer [...] faz muita falta eu estar na ativa, fazendo o que cabe a mim como mãe, esposa [e] dona de casa. Então, isso para mim é muito ruim [...] foi muito difícil. (LÍVIA, 1ª e 4ª entrevista, 2016).

O sentimento de inutilidade foi presente na fala das entrevistadas sobre a FSQ. Para Luíza, o fato de não conseguir realizar suas atividades cotidianas gerava

sentimentos de inatividade e inutilidade; em suas reflexões, ela considerava um risco para desencadear a depressão.

Se eu não for ativa, me dá depressão. Eu sou muito propensa à depressão, assim de sentir inútil. (LUÍZA, 4ª Entrevista, 2015).

Você ser uma inútil, [...] nossa, ficar parada, dependendo de tudo e de todos, é doído. (LÍVIA, 1ª entrevista, 2016).

[...] não gosto de ficar quieta, me dá agonia, parece que eu me sinto muito inútil [...] eu ficava até com vergonha, falava: “Gente, mas eu estou aqui em casa, porque que eu não posso fazer?”. (MAYA, 2ª entrevista, 2016).

Alterações cognitivas — concentração e memória — foram descritas e trouxeram repercussões às participantes, envolvendo o contexto familiar e profissional. A fim de exemplificar, expomos estes trechos:

Então, nesse momento [período após o quinto ciclo de FAC], nesse período agora eu não estou conseguindo concentrar [...] nem o computador eu abri. (LIS, 2ª entrevista, 2015).

Parece que a minha linha de raciocínio não estava muito lógica [...] esquecer do que estava falando, do que está conversando, onde é que coloca alguma coisa [...] teve umas horas que meu esposo ficou até aborrecido. (LÍVIA, 5ª entrevista, 2016).

Nota-se nessas passagens a importância de as mulheres se sentirem aptas a continuarem a rotina anterior, com o desenvolvimento de atividades comuns que, durante o tratamento, tornaram-se desafiadoras.

#### 4.2.3 *Duração da fadiga*

A duração da FSQ variou conforme o protocolo e ciclo de quimioterapia recebidos. Com exceção de Luíza, que após receber o quimioterápico docetaxel apresentou reações diversas concomitantes e se referiu à persistência da FSQ por quase todo o intervalo entre um dos ciclos, nas demais participantes a reação adversa se iniciou entre o primeiro e terceiro dia após a quimioterapia; a duração foi de até dez dias, com oscilações entre os dias de ocorrência do ciclo de tratamento.

[...] no terceiro dia [e] vai até o sexto, depois chega... [o dia da administração da próxima dose semanal do quimioterápico paclitaxel]. (LUÍZA, 3ª Entrevista, 2015).

[...] ela [a fadiga] é muito persistente [enfática]. (LUÍZA, 6ª entrevista, 2015).

[...] o cansaço vem sempre no segundo dia, que é mais forte [...] uns oito dias depois [de receber a quimioterapia], eu começo a quase que voltar ao normal nas atividades. (LIS, 2ª e 3ª entrevista, 2015).

Era a semana, uns oito dias [duração da fadiga no esquema AC]. (LÍVIA, 1ª entrevista, 2016).

Só o primeiro dia, eu fiquei assim mais quietinha [duração da fadiga no esquema paclitaxel]. (LÍVIA, 1ª entrevista, 2016).

Varia. Tem dia que fica uns três dias direto, aí para. Depois volta [o período após o 4º ciclo de CMF]. (MAYA, 1ª entrevista, 2016).

Eu devo ficar fadigada assim, uns oito, dez dias. Dessa vez foi mais difícil [o período após o 5º ciclo de CMF]. (MAYA, 2ª entrevista, 2016).

Ainda sobre a duração da FSQ, embora sejam esquemas quimioterápicos diferentes, ela esteve presente, mesmo em repouso.

[...] ela veio eu estando quietinha, sem fazer nada! [esquema CMF]. (MAYA, 2ª entrevista, 2016).

[...] dessa vez até no repouso eu estava sentindo cansada [esquema FAC]. (LIS, 2ª entrevista, 2015).

[...] nas primeiras “quimios” [sentia fadiga] até sem fazer nada, era muito ruim. [esquema AC]. (LÍVIA, 2ª entrevista, 2016).

Foi possível perceber a experiência singular da FSQ na sua duração; mas em geral foi considerada uma reação adversa persistente, conforme as falas das participantes.

#### 4.2.4 *Intensidade da fadiga*

Sobre a intensidade da FSQ, observamos diferença entre os protocolos de quimioterapia e entre os ciclos. Quando o protocolo seguido era o mesmo, a reação adversa se intensificava à medida que o tratamento era realizado. A intensidade no protocolo AC-TH foi divergente entre duas participantes.

A da branca [quimioterápicos paclitaxel e docetaxel] para mim foi mais intensa... do que quando fazia a vermelha [esquema AC]. (LUÍZA, 6ª entrevista, 2015).

Ah, na outra [esquema AC] dava uma indisposição terrível mesmo! Não tinha disposição para nada [...] não tinha animação de levantar, não tinha força nas pernas [...] Ela [esquema AC] era mais complicada, me deixava prostrada mesmo! Até deitar para respirar era meio ruim, tinha que ficar com o travesseiro mais alto [...] uma sensação muito ruim! [enfática] (LÍVIA, 1ª, 2ª e 5ª entrevistas, 2016).

[...] a partir do momento que mudou, já foi diferente; já tive mais disposição. Mesmo às vezes sentindo um cansaço quando fazia alguma coisa, mas é diferente, bem diferente [do esquema paclitaxel]! (LÍVIA, 2ª entrevista, 2016).

Em todos os protocolos de quimioterapia utilizados no tratamento das participantes da investigação, observamos relação entre aumento da intensidade da FSQ e número maior de ciclos de tratamento realizados.

Eu não sei essa [último ciclo de quimioterapia], por ser a última está assim... mais pesada. Assim, porque acho que foi acumulando. No sentido de... ter que ficar deitada mais tempo e não dou conta de ficar. Eu levanto e deito, estou mais... agitada. (LUÍZA, 6ª entrevista, 2016).

[...] meu corpo parece que está mais cansado [do em outros ciclos de quimioterapia], eu estou... sentindo o corpo mais cansado dessa vez [referia-se ao 5º ciclo de FAC]. (LIS, 2ª entrevista, 2015).

[...] as duas primeiras sessões de quimioterapia, parecia que eu estava indo lá e tomando chá, não sentia absolutamente nada! [...] na terceira me deu vontade de ficar quieta... essa cansaça [...] quando estava no quarto ciclo mais ou menos, aí estava bem [enfática] desgastante [...] porque na quarta e na quinta [ciclos de quimioterapia], como eu te falei, eu ia caminhar às vezes, eu não sentia [enfática] cansaço, aquele cansaço que eu senti na última [sessão] [...] a sexta é que foi mais tensa [6º ciclo de CMF]. (MAYA, 1ª e 3ª entrevista, 2016).

Ao descreverem a intensidade maior da FSQ, as mulheres fizeram menção, sobretudo, ao aumento da indisposição e do cansaço; nessas horas, não conseguiam desempenhar atividades rotineiras como antes e buscavam estratégias para lidar com a reação adversa.

#### 4.3 O autocuidado e o cuidado recebido como estratégias para manejo da fadiga

Neste tema, descrevemos práticas complementares/estratégias não farmacológicas identificadas entre as participantes para o manejo da FSQ. Notamos que foram, em especial, o autocuidado e o cuidado oferecido pelo outro. Apresentamos o tema em três subtemas para facilitar a compreensão: “autocuidado

no manejo da fadiga física”, “autocuidado no manejo da fadiga emocional” e “cuidado recebido durante a fadiga”.

#### 4.3.1 *Autocuidado no manejo da fadiga física*

O autocuidado no manejo da fadiga física foi evidenciado pela recorrência ao descanso, à conservação de energia e ao cuidado alimentar. Dentre as três estratégias, o *descanso* foi identificado na fala da maioria das participantes como tentativa de amenizar a FSQ. Para duas participantes, a necessidade de recorrer ao autocuidado foi diferente entre os esquemas de quimioterapia ou da quantidade de ciclos de quimioterapia já recebidos. Lívia apresentou mais necessidade de descanso durante o esquema AC, quando comparado ao quimioterápico paclitaxel; Maya, em geral, descansava na sala, mas em seu último ciclo de CMF precisou descansar no quarto, dada a intensidade da fadiga.

Descansar é fundamental!... Toda vez que vem o cansaço, eu procuro me repousar [...] quando eu durmo então, eu acordo animadinha. Mas aí, é pouco tempo também... [logo] eu tenho que voltar para a cama. (LUÍZA, 5ª e 6ª entrevistas, 2015).

No primeiro dia... eu já cheguei direto, tomei um banho, deitei e já fiquei na cama... no outro dia, você dar uma descansada, eu acho que é bom também; o próprio corpo te pede para ficar deitada, quietinha. (LIS, 1ª entrevista, 2015).

Ah, do cansaço das primeiras [sessões do esquema AC] era mais o repouso mesmo [...] ficava deitada [enfática] só, quietinha. Nesse [esquema paclitaxel] está até mais tranquilo. Aí, só deito um pouco, ponho as pernas para cima. (LÍVIA, 3ª entrevista, 2016).

Todo dia, mais no final da tarde, eu quero deitar. Não quero dormir, eu quero deitar, só para descansar. (MAYA, 2ª entrevista, 2016).

A única coisa que eu fiz foi deitar [durante o sexto ciclo de CMF] [...] precisei ir para o quarto... colocar os travesseiros, para pôr minhas pernas para cima. (MAYA, 3ª entrevista, 2016).

Após o descanso, o resultado em geral era positivo, porém passageiro; encontramos vários relatos de permanência da FSQ. O alívio momentâneo foi citado nestas falas:

O resultado [é] bom! Porque eu levanto bem animadinha [risos]. (LUÍZA, 3ª entrevista, 2015).

Dá uma melhorada, muito pouco, mas [risos] dá uma melhorada... uma renovada nos ânimos. Esse momento que eu paro, descanso, deito um pouco... assim, pelo menos eu me sentia mais tranquila. Não é que não sentia [o cansaço], é que... ficava mais tolerável do que se eu saísse andando por aí, se eu estivesse fazendo as atividades normais. (LÍVIA, 3ª entrevista, 2016).

Outra estratégia para o autocuidado durante o tratamento foi a *conservação de energia*, que, em alguns momentos, foi associada ao descanso. As informantes realizavam suas atividades conforme a tolerância e disposição do corpo, estabelecendo seus limites e suas prioridades para realizar atividades do cotidiano, como as domésticas:

[...] eu deito, descanso e... depois vou fazer alguma lidazinha assim; eu procuro fazer alguma atividadezinha em casa assim: apanhar, estender, lavar roupas e... arrumar a cozinha. (LUÍZA, 3ª entrevista, 2015).

[...] eu vou conduzindo conforme eu vou dando conta. Hoje eu já varri aqui, mas depois me deu uma canseirinha. Então, você vai conforme o organismo vai aceitando. (LIS, 3ª entrevista, 2015).

Às vezes [o cansaço] afeta, eu fico tão quietinha, que aí o dia que acontece isso, nem a comida eu faço... não vou mexer com nada, não! (LÍVIA, 1ª entrevista, 2016).

[...] evito sair, não saio à noite; igual a gente tem costume de ir sempre à igreja. Eu evito sair, para não ficar cansada, fadigada muito tempo, num lugar só. (LÍVIA, 1ª entrevista, 2016).

Tem dia que eu já nem começo, eu falo: “Não vou fazer, porque eu não vou dar conta [conseguir] mesmo”. (MAYA, 1ª entrevista, 2016).

Eu deitei um “pouquinho” aqui [no sofá], assisti o programa ali [na televisão], falei: “Ah, eu vou ver o programa, [ênfática] depois eu termino. (MAYA, 3ª entrevista, 2016).

O *cuidado alimentar* foi outra prática/estratégia usada pelas mulheres durante a quimioterapia para melhorar reações adversas:

[...] quando eu comecei o tratamento, eu comecei a comer determinadas frutas [maracujá, melancia, maçã] para ver se me ajudava em alguma coisa durante o tratamento. (MAYA, 3ª entrevista, 2016).

Apesar de não ter sido escolhido diretamente para o alívio da FSQ, o consumo de alimentos, chás e sucos em busca de melhoria foi relatado pelas participantes. Isso

sugere a preocupação delas em prevenir ou amenizar possíveis efeitos adversos indesejáveis. O cuidado com a alimentação mostra isso:

Eu me sinto alimentada, mais forte, principalmente no começo, levei mais a sério! Eu tomava [sucos verdes] todos os dias, fazia salada [ora-pro-nóbis],<sup>5</sup> me senti muito bem assim. Essa última vez, que não estou fazendo uso, principalmente da ora-pro-nóbis, estou demorando mais a recuperar minha energia, a questão da fadiga, passar o efeito da quimioterapia. (LUÍZA, 1ª entrevista, 2015).

Eu procuro utilizar das terapias de suco verde, do inhame, do espinafre, mais no sentido de tentar aumentar o meu sistema imunológico, porque se eu estiver com meu sistema imunológico baixo, consequentemente eu vou estar com um cansaço, assim não vai ser bom para o meu tratamento. (LIS, 3ª entrevista, 2015).

Eu não sinto fraqueza, estou comendo essas coisas: castanha, ovo caipira, [tomando] suco verde, procurando tomar muita água. A fraqueza vai, eu não sinto assim, [aquela] fraqueza igual as pessoas me contam que sentem. (LUÍZA, 6ª entrevista, 2016).

Tomava [suco de maracujá], mas agora adotei por causa do tratamento, que é bom para relaxar, é bom para o paladar... os sucos de maracujá, o mel, o chazinho, tudo me ajudou ficar [com a mente] mais tranquila... mais relaxada [no corpo]. (LÍVIA, 3ª entrevista, 2016).

[...] já tem dois dias que eu não fiz ele [chá de gengibre]... eu acho que é por isso que minha fadiga está maior... [quando utilizo o chá] fico leve, fico menos, bem menos cansada... o peso nos braços, nas pernas diminui bastante... fico bem melhor, a minha disposição melhora. (MAYA, 1ª entrevista, 2016).

Além das estratégias para manejar a FSQ em sua dimensão física, as mulheres tiveram que lançar mão de estratégias para lidar com a dimensão psíquica da FSQ, também por meio do autocuidado.

#### 4.3.2 Autocuidado para o manejo da fadiga emocional

A prática de autocuidado para lidar com a fadiga emocional foi evidenciada na escolha das mulheres por caminhada, movimentação do corpo, práticas relacionadas com religião e cuidar de plantas como estratégias não farmacológicas.

A *prática de atividades religiosas* foi patente em meio às participantes como recurso para enfrentar o adoecimento e as reações à terapêutica do câncer de mama.

---

<sup>5</sup> De origem latina e com o significado de orai por nós, ora-pro-nóbis é nome popular para *Pareeskia aculeata*, planta cultivada ao redor de igrejas e que as pessoas colhiam durante o momento de oração para que o padre não percebesse (BRASIL, 2016).



Maya buscava refúgio na leitura de livros do gênero espírita quando se sentia sozinha em casa e para aliviar a FSQ, sobretudo em sua dimensão emocional. Luíza não lia diretamente para aliviá-la; mas a leitura foi uma forma que encontrou para aproveitar sua limitação e se manter próxima de sua religião.

Ai, é bom demais [...] quando estou lendo, eu não tenho nada. Não sinto dor, fico bem... Ah, eu fico tranquila... Eu esqueço do resto do mundo [...] Eu devo ter comprado uns seis livros, desde que eu comecei [a quimioterapia], eu li todos graças a Deus. (MAYA, 2ª e 4ª entrevistas, 2016).

Limita! [A fadiga] limita completamente a gente, mas é um limite que a gente aproveita para ler a Bíblia, para ler as publicações da Sociedade Torre de Vigia.<sup>6</sup> Então, às vezes eu aproveito bem o tempo para isso. (LUÍZA, 4ª entrevista, 2015).

Para Livia, o contato com práticas religiosas ou a convivência, o carinho e o apoio recebidos de pessoas que frequentavam a mesma igreja que ela a faziam se sentir mais animada, amada e confiante. Notamos ter sido essencial para prosseguir o tratamento e ser capaz de lidar com as reações adversas decorrentes, incluindo a FSQ.

Então, me ajudou muito, porque quando eu estava muito fragilizada... pessoas me encorajavam; os meus irmãos lá da igreja levantaram campanhas, orando por mim e me visitando. O carinho que as pessoas têm tido comigo e... a gente percebe o amor das pessoas... estão sempre torcendo por você, querendo o melhor por você, buscando junto na fé, estendendo a mão, te ajudando, auxiliando... Nossa! Eu vi muito isso nesse tratamento, eu estou vendo isso [...] aconselho uma pessoa que está em um tratamento desse não se isolar dentro do seu próprio eu [...] ficar confiante e ter esperança viva! Força de vontade e fé; ter fé que Deus cuida da gente. Ele está acima de todas as coisas, por maior que seja o problema que você tiver que enfrentar... E Nele a gente adquire forças para vencer todos esses passos que a gente tem que passar nesse tratamento de “químio”, que não é fácil, mas não é impossível [risos] [...] Então, para as pessoas não desesperarem, mas viverem cada dia, cada passo, confiando que Deus é Quem domina todas as coisas, Quem controla, Quem sabe o seu amanhã. (LÍVIA, 4ª entrevista, 2016).

A participante Lis procurou por tratamento espiritual quando recebeu seu diagnóstico de câncer. Foi orientada por um mentor espírita a fazer uma técnica de relaxamento em seu domicílio. Embora tenha procurado esse tratamento antes de

---

<sup>6</sup> Sociedade Torre de Vigia é designação popular para a sociedade ou corporação jurídica mais antiga entre as testemunhas de Jeová. Fundada nos Estados Unidos, tem a designação atual de Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados da Pensilvânia.

começar a quimioterapia, ela realizou durante alguns ciclos. Acreditava que se sentiria mais tranquila e confiante para seguir a quimioterapia. Eis suas palavras sobre o tratamento espiritual,

É uma forma também de você se fortalecer, né?!... o que acrescentou em mim, assim... foi a confiança no tratamento e na confiança de eu poder passar por esse processo” (LIS, 2ª entrevista, 2015).

Ela explica o procedimento:

Às vezes, toda segunda-feira antes da “químio”, eu deito, coloco uma música, um evangelho, vou ouvir. Então, eu fico assim, tranquila, aí vou dormir tranquila, para preparar o meu espírito para o outro dia [risos]. (LIS, 1ª entrevista, 2015).

Lis relaciona o fato de não ter feito tratamento espiritual com o fato de apresentar mais fadiga emocional, evidenciada pela presença de ansiedade no dia da quimioterapia:

A última vez eu não fiz o relaxamento e eu me senti mais assim, ansiosa no momento de fazer a “químio”. Das outras vezes, eu já ia mais tranquila... não sei se tem a ver, mas, de certa forma, eu me preparava para poder receber a “químio”! (LIS, 2ª entrevista, 2015).

A *caminhada* foi praticada por Luíza e Maya. Luíza conseguiu ir a um parque da cidade, onde realizava caminhadas e exercícios, além de ficar em contato com a natureza. O parque tem uma pista de caminhada/corrida com cinco quilômetros de extensão. Luíza foi caminhar no quarto dia após a primeira semana de tratamento com o antineoplásico paclitaxel:

Sábado agora eu já fui dar uma “caminhadinha”, andei um pouco lá no parque; claro que eu não dou uma volta! Não estou dando uma volta ainda, mas eu ando uns dois quilômetros. (LUÍZA, 3ª entrevista, 2015).

Ao ser questionada sobre como se sentia após retornar da caminhada no parque, ela disse: “Cansada! Respirando curto, assim... bem cansada, aí eu deito descanso” (LUÍZA, 3ª entrevista, 2015). Para Maya, o resultado foi diferente, se sentia mais disposta após a caminhada, que era realizada em uma praça, próxima à sua casa.

[...] depois que eu volto [da caminhada], eu vejo que foi muito bom eu ter ido, porque aí meu dia rende. Aí eu não fico [enfática] cansada [...] dou conta de desenvolver as coisas, [enfática] até um determinado horário também! Vai dando assim, seis e meia, sete horas [da noite], aí parece que eu já quero ir dormir de novo. (MAYA, 2ª entrevista, 2016).

Para as duas participantes, contudo, percebemos que a caminhada era motivada pela busca de alívio da FSQ emocional e prevenção de depressão, como se lê nestas passagens:

Eu saio não porque eu estou bem, mas é na tentativa de não ficar quieta, para não dar depressão! Porque, é juntar câncer e ficar quieta, a depressão vem com certeza! E vem mesmo! Eu saio para lutar não porque eu estou com muita vontade! Forçado, para eu não dar depressão! (LUÍZA, 3ª entrevista 2015).

Uma das coisas que está me relaxando [enfática] bastante é a caminhada... caminhar me faz bem [...] eu não fico ansiosa com as coisas, eu não fico estressada, aí eu fico bem. (MAYA, 2ª entrevista 2016).

A *movimentação do corpo* foi um dos recursos a que recorreram Lis e Maya para lidar com a FSQ e, conseqüentemente, sentirem-se melhores, como se lê a seguir:

[...] quando eu começo a sair [do repouso], eu começo a melhorar... mesmo que às vezes eu estou assim, com a cabeça ruim [dolorida], eu sento, às vezes eu deito na rede... Então, assim, eu acho que esse movimento me dá uma energia. (LIS, 3ª entrevista 2015).

[...] mesmo eu fazendo alguma coisa que não vai resolver nada, não vai levar a nada, eu tenho que estar em movimento. Aí eu fico bem. (MAYA, 3ª entrevista 2016).

Além disso, o *cuidado de plantas* foi estratégia usada por elas para lidar com a fadiga emocional. Disseram que as distraía e que o contato com a natureza as descansava; além de se sentirem com uma oportunidade de se deslocar para um ambiente externo ao do convívio diário. Como disseram,

Ah, descansa. Ontem mesmo, à tarde, eu sentei aqui e fiquei olhando, porque o verde descansa a gente. Então eu venho, olho uma plantinha, tiro uma folha seca, vejo se as minhas orquídeas estão florindo... esse contato com o verde ajuda. Eu vejo que para mim essa área é um descanso, porque eu saio, eu não fico dentro de casa quase. (LIS, 3ª entrevista 2015).

[...] vou mexer com uma planta, vou mudar uma planta de vaso [...] coisa mais boa é mexer com planta [...] parece que eu estou levitando, menina! É bom demais! (MAYA, 2ª e 4ª entrevistas 2016).

As práticas/estratégias identificadas no manejo da FSQ em suas dimensões física e emocional ocorreram por iniciativa das mulheres, que se valeram do repertório sociocultural delas e de outros com quem conviviam em seu dia a dia (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7).

#### 4.3.3 *O cuidado recebido durante a fadiga*

Durante a presença da FSQ, bem como de suas limitações, as participantes precisaram recorrer à estratégia de ser cuidadas. Passaram, então, a dar lugar ao apoio oferecido pelo outro. Esse recurso foi referido como essencial ao enfrentamento da doença e da reação adversa. Os cuidados prestados a elas foram oferecidos por familiares, pacientes no mesmo tratamento e profissionais de saúde.

O *apoio familiar* foi importante para melhorar a FSQ. As participantes encontraram apoio, auxílio e incentivo para lidar com limitações decorrentes não só dessa reação adversa, mas também de outras reações. Observamos que durante toda trajetória do tratamento e, em especial, nos períodos mais intensos de FSQ a família foi essencial como fonte de apoio. Esposos e filhos foram considerados como os que deram mais apoio:

[...] depois que [minha filha] chegou... [ela é] minha cura [risos]. Aí, eu já comecei a alimentar melhor, porque toda hora ela levava as coisas lá na cama para mim... já comecei a melhorar, porque ela não me deixava ficar no quarto. Ficava do meu “ladinho” lá, e está tudo de bom! (LUÍZA, 2ª entrevista, 2015).

[...] está sendo muito mais fácil do que se eu não tivesse a companhia dele todos os dias, porque ele [esposo] é vinte e cinco horas por dia praticamente [risos] [...] ele tem me acompanhado em todos os momentos do tratamento. E isso tem me dado um suporte muito grande, porque eu acho que é importante você não se sentir só. Assim, hoje eu vejo que isso aí é fundamental [...] mudou a estrutura da nossa casa, porque eu fazia tudo. Hoje ele cozinha, ele arruma casa. Então, de certa forma, ele assumiu esse papel junto comigo... isso aí foi uma transformação tanto para mim, quanto para ele. Porque, até então ele nunca tinha feito nada disso em casa [risos]. (LIS, 3ª entrevista, 2015).

Eu pude ver nessa situação toda mais união, apoio [e] afeto dentro da minha casa [...] eu achei muito bonitas as atitudes deles me defendendo, tomando os afazeres que eu tinha que fazer para eles, meus filhos, meu esposo. Então, eu senti muito o apoio, cuidado deles comigo, eles entenderam isso aí, estão passando junto comigo, isso deixa a gente mais tranquila [risos] [...] me sinto uma pessoa amada, que não está sozinha nessa [...] isso tudo faz uma diferença [ênfática] muito grande! (LÍVIA, 1ª e 4ª entrevistas, 2016).

Em sua última entrevista, Lívia trouxe um relato interessante a respeito do apoio recebido pelo esposo durante o tratamento, demonstrando sua importância. Após a gravação da entrevista, fomos à cozinha tomar café, durante esse momento ela contou que o esposo foi elogiado, por outras pacientes, por ser carinhoso e estar com ela todos os dias do tratamento. Ela descreve a fala do marido: “Eu que assinei que estaria de acompanhante todos os dias” (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7; 6ª entrevista, 4/6/2016).

Além do afeto oferecido, os familiares auxiliavam na realização das atividades domésticas, o que contribuía para manejar a FSQ e proporcionar o descanso e a conservação de energia. Para exemplificar, expomos estes trechos relativos ao auxílio de filhos e ao incentivo à não realização de tarefas domiciliares:

[...] eu levantei para fazer almoço, aí minha menina me ajudou. Depois ela falou: “Não, mãe, vai lá para a cama”. Aí, ela foi arrumar a casa, quando eu vi, já estava deitada. (MAYA, 2ª entrevista, 2016).

[...] a [minha filha] falou: “Ah não, mãe, deixa isso para depois, mexe com isso não” [risos]. Aí, a gente foi ver filme. Falei: “Ah, eu vou ficar quietinha, amanhã eu passo essa roupa”. (MAYA, 3ª entrevista, 2016).

[...] às vezes, eu estava fazendo alguma coisa... eu queria estender a roupa, queria pegar o rodo, rapar a garagem assim [...] mesmo com dor eu insistia em fazer [...] aí eles vinham: “Mãe, a senhora não pode! Deixa que eu vou fazer! A senhora não tem que ficar quieta?”. (LÍVIA, 4ª e 1ª entrevistas, 2016).

A ausência de familiares durante o tratamento foi citada por duas participantes, demonstrando a falta de apoio. Ao longo das entrevistas, Luíza relatou a ausência dos que residiam na mesma cidade; a participante Maya se queixou da falta do esposo durante o tratamento, relatou sentir a ausência da irmã, que morava fora do país havia 25 anos — embora mantivessem contato; também demonstrou tristeza e insegurança com a falta dos pais, que moravam na casa ao lado da dela havia cinco anos, ou seja, antes de se mudarem para a chácara onde moram, na mesma cidade onde reside a participante. Além desses sentimentos, ela demonstrou sobrecarga envolvendo problemas familiares, o que também repercutiu na presença da FSQ emocional.

[...] eu acho ruim, porque a minha família não pode estar comigo, o meu marido não pode estar comigo [na sessão de quimioterapia] [...] [com] a minha menina, eu posso contar! Mas [com] ele, não [...] Depois que eu adoeci, ele piorou bastante [a ausência era prévia ao tratamento] [...] nunca sentou para falar: “Como é que você está?”. (MAYA, 4ª entrevista, 2016).

[...] eles [familiares] até afastam, os que moram aqui [na cidade onde mora]. E, aí, a gente também não tem aquela disposição de chamar para sair. (LUÍZA, 4ª entrevista, 2015).

[Choro] [...] tem muitos anos que a minha irmã mudou e agora eu estou sentindo [enfática] muita falta dela [...] meu pai morava em C. [cidade] mais a minha mãe; quando eles vieram para cá [moravam na casa ao lado], foi muito bom assim! Aí, eles foram embora [para a chácara]. (MAYA, 3ª entrevista 2016).

O *apoio informal*, evidenciado pela necessidade de compreender a limitação e as repercussões causadas pela FSQ, levou as participantes a buscar apoio no coletivo de pessoas que passaram ou estavam passando pela mesma experiência.

[...] eu já conversei com muitas pessoas, elas também assim, não dão conta da atividade. Tem algumas até que devem esforçar demais, que falam que dão conta, mas é... eu não vou surrar meu corpo pra arrumar casa [risos]. (LUÍZA, 4ª entrevista, 2015).

[...] eu tive conversando com essa amiga minha [que fez quimioterapia], e ela falou que ela também ficou muito irritada e chorava demais. (MAYA, 2ª entrevista, 2016).

Mesmo que o tratamento oncológico tenha sido descrito pelas informantes como processo difícil, encontraram como ponto positivo o apoio em outros pacientes que estavam em tratamento. Estabeleceram novos vínculos sociais de amizade que, não por acaso, citaram como fonte de motivação e amparo. Nas palavras delas,

Aprendi a amar mais as pessoas. Conheci as meninas lá [cita os nomes, demonstrando vínculo], tratando junto, e a gente encontrava e conversava, e uma dá força para outra, esperança. Então, nesse tratamento foi muito difícil, complicado falar: “Nossa! Estar com câncer, tratando de câncer”. Mas eu gostei de ter conhecido novas pessoas, feito novas amizades, compartilhar o que a gente está passando uns com os outros. Então, foi muito bom isso! [risos]. (LÍVIA, 6ª entrevista, 2016).

[...] me sinto abraçada quando eu chego lá, parece que me pega assim e me coloca no colo. Lá eu me sinto bem mais segura, mais confortável, quando eu estou lá [comparado à minha casa]. (MAYA, 3ª entrevista, 2016).

O *apoio profissional* ocorreu durante o percurso do tratamento; mas o suporte específico para o manejo da FSQ foi insuficiente na assistência recebida pelas participantes. Como disseram,

[...] a enfermeira lá me recomendou, sim, para ter repouso, me recomendou muitas coisas lá no auxílio que elas dão para a gente... me falou para descansar, tomar bastante líquido, me deu umas orientações para ficar melhor durante esse tratamento. (LÍVIA, 3ª entrevista, 2016).

Eles [a equipe] disseram que era normal da “químio”. Toda vez que eu ia consultar, o doutor perguntava como é que eu estava, e aí disse que era normal da “químio” mesmo, essa indisposição, o corpo ruim. (LÍVIA, 3ª entrevista, 2016).

[...] eu tive uma conversa com a enfermeira só no início, elas entregaram uma cartilha... que vem dando todas as orientações. Então, eu também fui muito pela cartilha que eles deram... [a do grupo do projeto de extensão] conversaram, mas também a cartilha vai dando as dicas, eu achei ela bem explicadinha. Mas durante a “químio” mesmo, não tem; não tinha, assim, uma orientação. (LIS, 4ª entrevista, 2015).

Em geral, as participantes foram gratas ao acompanhamento recebido durante as consultas de enfermagem realizadas no projeto de extensão — citado antes — e durante as entrevistas para a pesquisa; viram o acompanhamento como forma importante de cuidado. As falas a seguir se dirigiram a nós diretamente:

Eu fiquei muito feliz de ter você me acompanhando, eu senti um apoio com você. Me fazendo sentir viva. E aprendendo de mim, com esse processo todo. Aprendendo lidar com essa nova situação, com tudo, com você me acompanhando, então. Foi muito bom isso! É uma mão amiga, mesmo “espiculando” tudo, está de certa forma me ajudando a me sentir mais ativa, mais viva. (LÍVIA, 6ª entrevista, 2016).

[...] o trabalho que vocês fazem é muito bonito. Eu queria te agradecer só [...] E esse tipo de coisa que você faz isso é muito bonito, isso não tem nada que vai pagar nunca [o acompanhamento durante a pesquisa]. (MAYA, 4ª entrevista, 2016).

A estratégia de serem cuidadas durante a FSQ foi evidenciada na busca por suporte e afeto em pessoas próximas a fim de se fortalecerem para lidar com o tratamento e as reações adversas provocadas por ele.

## 5 DISCUSSÃO

As participantes da pesquisa apresentam características sociodemográficas heterogêneas. Faixa etária, escolaridade, profissão, estado civil, composição familiar e opções religiosas são distintas. Não por acaso, apresentaram discursos diferentes, ou seja, representativos do contexto e das idiossincrasias de cada uma. A faixa etária variou de 43 a 65 anos, tal qual no estudo de Oliveira et al. (2016) sobre o perfil de mulheres com câncer de mama e em quimioterapia. Verificaram incidência em mulheres com idade de 40 a 69 anos. Esses resultados ainda reiteram dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) de aumento progressivo no número de casos de câncer de mama após os 35 anos e de incidência maior após os 50 (BRASIL, 2017c).

No quesito escolaridade, um estudo sobre o perfil sociodemográfico de uso dos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) identificou procura maior por pessoas com extremos de escolaridade: de 0 a 3 anos de vida escolar e aquelas com 11 anos ou mais (SILVA et al., 2011). Neste estudo, duas participantes têm formação de ensino médio completo e uma tem pós-graduação. Assim, o repertório maior de conhecimento sobre a necessidade e realização de exames de rotina para rastrear neoplasia mamária presumível em mulheres com tal formação escolar pode ter contribuído para que tivessem um diagnóstico precoce do câncer de mama (LEITE et al., 2011).

Estudo realizado em serviço público de oncologia no interior de Minas Gerais identificou a predominância da religião católica, seguida da evangélica e da espírita, em um grupo de 101 pacientes (MESQUITA et al., 2013). Na pesquisa aqui descrita, cada participante relatou um tipo diferente de crença religiosa, o que está em conformidade com a característica do Brasil, onde o catolicismo predomina como religião; mas há liberdade para escolher outras práticas religiosas, que variam de região para região (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2010). A diversidade religioso-cultural entre as mulheres permitiu formas variadas de expressão durante o percurso do tratamento da doença. Nesse quesito, foram observadas perspectivas distintas para lidar com a FSQ.



A renda familiar média das participantes variou de R\$ 3.152 a R\$ 4.728,<sup>7</sup> o que as enquadra no estrato socioeconômico B2 da população (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2016). De duas participantes, a renda familiar mensal per capita superou a estimativa do IBGE para 2015–6 (IBGE, 2015; 2016a). Ainda em relação ao poder aquisitivo, consideramos que a condição econômica foi importante para que as participantes mantivessem cuidados com a saúde e manejassem reações adversas durante o tratamento, a exemplo do cuidado alimentar. Como exceção, uma participante relatou ter enfrentado dificuldade financeira durante o tratamento em decorrência de mudança de emprego do esposo. Mas, com apoio oferecido por pessoas da igreja que ela frequentava, foi possível manter os cuidados básicos para saúde e bem-estar.

As famílias das participantes Lis, Livia e Maya tinham composição nuclear, representada pelo casal e pelos filhos biológicos (VALLE et al., 2009). Luíza era viúva e morava sozinha; mas teve a companhia dos filhos durante o tratamento. Tal acompanhamento é importante para se ter referências em busca de apoio durante a trajetória do tratamento.

Em geral, percebemos um relacionamento interpessoal harmonioso nas famílias. Isso ficou evidente durante as entrevistas domiciliares. Observamos o companheirismo e apoio oferecido às participantes durante o tratamento (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7). Considerando que mudanças no relacionamento interpessoal estão entre as alterações possíveis de ocorrer na dinâmica familiar da pessoa acometida pelo câncer, tal situação foi positiva (BUCHER-MALUSCHKE et al., 2014). Maya disse que recebia apoio e mantinha boas relações com os familiares; mas se queixava da relação com seu esposo, já afetada e que piorou durante o tratamento — como ela afirmou.

Todas as participantes já tinham exercido atividade remunerada, reforçando a atuação das mulheres no mercado de trabalho, ou seja, em outras atividades que não cuidar do lar e ser esposa e mãe (ANJOS; ZAGO, 2006). As atividades se ligam à educação, saúde e indústria (costura de confecções) e a trabalhos que envolvem cuidados pessoais (BRUSCHINI, 2007). Isso foi visto no grupo aqui estudado.

---

<sup>7</sup> O salário mínimo de 2015 era de R\$ 788, em 2016, era de R\$ 880.

Considerado uma conquista das mulheres e da sociedade, esse espaço de trabalho não doméstico tende a ser afetado pelo diagnóstico de câncer. A mulher vivencia um impacto extremo em sua vida e rotina, a ponto de precisar interromper suas atividades laborais, ao menos parte delas (ANJOS; ZAGO, 2006).

Quanto ao acompanhamento médico e diagnóstico, as mulheres não tinham acesso a um plano privado de saúde — assim como 69,7% da população adulta (IBGE, 2016b). Dependiam exclusivamente do SUS. Duas participantes estavam em acompanhamento médico de rotina; e duas notaram o nódulo por meio do autoexame das mamas, reafirmando a importância do acesso à informação para rastrear a doença. Como situações passíveis de levar ao diagnóstico tardio, cabe ressaltar que as participantes relataram dificuldade em agendar consultas de rotina pelo SUS, mesmo com o resultado de exames em mão.

Elas também se referiram à demora da mulher quanto a procurar o serviço de saúde para consulta inicial e avaliação de mamografia. Essa demora demonstra que, muitas vezes, a saúde é relegada a segundo plano em razão das atividades de trabalho e do cuidar da família. Mas pode ser explicada ainda pelo tempo de evolução do câncer de mama, até que se torne palpável ou apresente sintomas como dor e alterações visíveis, tais como hiperemia, retração da pele ou pele com aspecto de casca de laranja, alterações no mamilo, eliminação de secreções e outras (BRASIL, 2017c).

Este estudo recrutou mulheres na fase inicial da doença; mas tais situações reforçam o risco do diagnóstico tardio, ou seja, do prognóstico pior e da mortalidade (BRASIL, 2017b). O tempo entre o diagnóstico e a cirurgia variou de dois meses a seis meses; o que pode ser explicado pela dificuldade do SUS em suprir a demanda de pacientes em um período menor, além dos problemas de fluxos do sistema e da falta de serviços especializados e autorizados para rastrear e diagnosticar precocemente (ASSIS; JESUS, 2012).

O estadiamento do câncer é fator importante na escolha da terapêutica. Para o de mama em estadiamento I e II, cirurgia (conservadora ou mastectomia) e radioterapia são as opções de tratamento local; como tratamento sistêmico, há a hormonioterapia, a quimioterapia ou terapia-alvo, a ser definido após avaliação do risco de recorrência

(idade, dimensão do tumor, comprometimento de linfonodos) e subtipo do tumor (características hormonais e expressão de HER-2) (BRASIL, 2017b; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). Para o tratamento das participantes do estudo, foi indicada a cirurgia conservadora — remoção do tumor com preservação da maior parte da mama — e quimioterapia para todas — esta última se associou ao anticorpo monoclonal, para as participantes Luíza e Lis, e foi seguida por radioterapia em todos os casos e por hormonioterapia nos casos de Lis, Livia e Maya.

Quanto aos protocolos quimioterápicos e à quantidade de ciclos estabelecidos para o tratamento das participantes, estão em concordância com aqueles indicados na literatura médica nacional e internacional (BUZAID; MALUF; LIMA et al., 2015; NCCN, 2017a; CENDOROGLO-NETO et al., 2013).

No tema “a fadiga na perspectiva da mulher adoecida”, observamos a ocorrência dessa reação adversa, isto é, desconfortável, persistente e caracterizada, sobretudo, por cansaço físico, emocional e por limitação. Também foi apresentada a diferenciação do cansaço por excesso de trabalho, em que afirmam ser uma sensação distinta de outras: ocorria mesmo em repouso e permanecia após o descanso. Tal descrição se assemelha à definição de fadiga descrita em estudos da área de oncologia: a fadiga é considerada uma sensação subjetiva e persistente de cansaço, relacionada com o câncer ou sua terapêutica — aqui, a quimioterapia —, suscetível de afetar a prática de atividades usuais e não proporcional à atividade recente (NCCN, 2017b; BONASSA; GATO, 2012; ABCP, 2010).

Ao avaliar a ocorrência de fadiga em 31 mulheres com câncer de mama e em tratamento com quimioterapia, radioterapia ou que tivessem finalizado o tratamento havia mais de um ano, um estudo de abordagem quantitativa identificou que, do total de participantes, 64,5% apresentaram sintoma físico da reação adversa; e que 77,4% apresentaram sintomas mentais como preocupações de modo geral. O cansaço foi atribuído à ansiedade, à tensão emocional, ao estresse e à depressão (PANOBIANCO et al., 2012). Tal fato evidencia a ocorrência de fadiga envolvendo as dimensões física e emocional de mulheres em tratamento para o câncer de mama que foram mencionadas pelas participantes deste estudo.

A cultura influencia vários aspectos da vida pessoal: comportamentos, percepções, emoções, crenças, religiões, estruturas familiares, hábitos alimentares, conceitos; inclusive formas de agir ante a ocorrência de doenças e infortúnios (HELMAN, 2009) como as reações adversas apresentadas durante a quimioterapia, em especial a fadiga. Assim, reflexões sobre o contexto cultural de cada mulher acerca das experiências da FSQ, expressão de práticas, percepções, crenças e hábitos foram relatados nas entrevistas e observados como parte do que compunha a trajetória de vida das participantes, conforme descrito nos resultados apresentados.

Ante as limitações vividas no cotidiano do tratamento e os prejuízos emocionais provocados por essa reação adversa, foi possível perceber o quão importante seria manter atividades rotineiras e o quanto afetavam cada participante: o não desempenho do papel social da mulher brasileira, pertencente à família tradicional nuclear, gera o sentimento de inutilidade ante a responsabilidade de cuidar do marido, da prole e do lar, inclusive em detrimento de suas necessidades pessoais (FINELLI; SILVA; AMARAL, 2015). Mesmo estando limitadas, as mulheres tentavam realizar tarefas domésticas, tais como preparar refeições, organizar a cozinha e cuidar das roupas. Essas tentativas sugerem que a prática de atividades domiciliares é considerada importante e reforça a ideia de que mantê-las durante a quimioterapia resulta no benefício da valorização maior da vida (MARTINS et al., 2009). Mas o contrário é verdadeiro. Não desempenhar atividades rotineiras como antes do tratamento levou as participantes da pesquisa a expressar sentimentos de inutilidade e impotência.

Com efeito, Canguilhem (2009) diz que, ao adoecido, é essencial retomar atividades consideradas normais interrompidas pelo adoecimento; a retomada tende a dissipar sentimentos de impotência e inutilidade em nome da possibilidade de se sentir útil. Ao adoecido, executar atividades de rotina doméstica e pessoal, por exemplo, significa estar vivo e bem. Não por acaso, essa possibilidade reverberou nos relatos das mulheres participantes deste estudo.

Diante dos prejuízos físicos provocados pela FSQ e sua repercussão na rotina das participantes, a realização das atividades cotidianas tornou-se um desafio. Elas perceberam a necessidade de renunciar ao exercício das funções em casa e no trabalho, de deixar de frequentar temporariamente atividades religiosas para aguardar as reações passarem; ou seja, respeitar os limites do corpo. Em alguns casos, ocorreram mudanças gradativas: à medida que os ciclos de quimioterapia eram realizados e as reações se tornavam mais intensas. Mais interessante foi que, no fim dos ciclos de quimioterapia, todas as participantes identificaram a necessidade de reorganizar a rotina de suas vidas e buscaram alternativas e estratégias de adaptação às mudanças geradas durante o tratamento (BUCHER-MALUSCHKE et al., 2014).

No que se refere à duração e intensidade máximas, estudo brasileiro aponta que a fadiga pode ocorrer de 48 horas a 72 horas após a quimioterapia endovenosa e retornar aos níveis basais três semanas após o ciclo de tratamento (BONASSA; GATO, 2012). Uma revisão de literatura evidenciou que a fadiga foi mais prevalente nos dois primeiros dias após a administração da quimioterapia (JONG et al., 2002). Este estudo constatou FSQ com duração variando de um dia a dez dias, com início entre o primeiro dia e o terceiro após infusão do antineoplásico. Tal período foi maior que o descrito nos estudos citados.

Embora diferentes entre as participantes, em geral os protocolos quimioterápicos levaram ao aumento da intensidade e a necessidades distintas para o manejo da FSQ. À medida que as sessões de quimioterapia eram realizadas, considerando o efeito cumulativo dos antineoplásicos (CRUZ et al., 2013), os sintomas e a frequência de ocorrência se intensificavam, assim como as dificuldades de manejar a FSQ. Essa intensificação ao longo dos ciclos de quimioterapia foi evidenciada, também, em estudo multicêntrico realizado com pacientes com tipos variados de câncer (mama, colorretal, ovário, linfoma, dentre outros); o de mama representava o maior número de participantes do estudo (MILLER; MAGUIRE; KEARNEY, 2007).

No caso deste estudo, as participantes relacionaram a ocorrência da fadiga com a terapêutica antineoplásica; tal qual na pesquisa de Panobianco et al. (2012) para avaliar a ocorrência de fadiga em mulheres com câncer de mama. Com abordagem

metodológica quantitativa, as autoras identificaram que, de 31 mulheres incluídas, 26 realizaram quimioterapia e que, destas, 20 relacionaram a fadiga com tal terapêutica. Também as participantes do nosso estudo compreenderam a fadiga como reação relacionada com a quimioterapia, o que reforça o tipo de fadiga secundária ao tratamento (RADBRUCH et al., 2008).

A terapêutica farmacológica convencional para tratar o câncer não apresenta, necessariamente, resultados percebidos pelos pacientes durante o transcurso do tratamento; em contrapartida, as reações adversas e os efeitos indesejáveis, imediatos e tardios são comuns e, com frequência, acometem os pacientes a ela submetidos. Dadas as condições que prejudicam o bem-estar e o desempenho das atividades, além das dificuldades de prevenção e manejo das reações adversas enfrentada pelos pacientes, estes e seus familiares buscam, constantemente, estratégias úteis para aliviar e resolver essas reações. É provável que tais situações motivem a busca por práticas não convencionais (ESTEVES, 2015).

No tema “O autocuidado e o cuidado recebido como estratégias para o manejo da fadiga”, notamos que práticas complementares/estratégias não farmacológicas se fizeram presentes na fala das mulheres como opções para manejar a FSQ e para ser cuidadas durante o enfrentamento dessa reação adversa. Afinal, em âmbito profissional, não encontramos valorização da FSQ nem orientações e alternativas para melhorar as condições de saúde e o bem-estar de quem se vê sofrendo dessa reação adversa. A teoria do autocuidado na enfermagem estabelece três requisitos ao autocuidar: universal, desenvolvimento e desvios da saúde. Destes, o universal envolve manutenção de condições essenciais como ingestão suficiente de água e alimentos, cuidados com processos de eliminação manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, solidão e interação social e com o bem-estar do ser humano, dentre outros (GEORGE et al., 2000).

Sem que recebessem orientações da equipe de saúde sobre a possível ocorrência da FSQ e seu manejo específico, as participantes apontaram três práticas/estratégias de autocuidado provenientes de seu conhecimento cultural que foram compreendidas como possibilidades de lidar com essa reação adversa em sua dimensão física. Nas entrevistas, citaram o descanso, a conservação da energia do corpo e o cuidado alimentar.

Essas práticas complementares/estratégias não farmacológicas foram aplicadas mediante autoavaliação de cada participante ou em situações de compartilhamento de resultados alcançados por outros pacientes e/ou familiares. Foram adaptadas de acordo com as condições apresentadas em decorrência da FSQ. Em relação ao manejo da fadiga física, verificamos destaque para o descanso: foi a primeira estratégia escolhida; sobretudo nos dias em que a reação adversa se apresentava mais intensa. Não por acaso, foi identificado como possibilidade de alívio, como estratégia positiva; afinal, após um período de descanso se sentiam melhores para desempenhar atividades que faziam parte da rotina e traziam sentido às suas vidas naquele momento.

Para a antropologia médica, todas as culturas dividem seus membros em categorias sociais: homens/mulheres, capacitados/incapacitados, doentes/saudáveis, e assim por diante. A categoria da incapacidade refere-se, em especial, às desvantagens sociais enfrentadas por quem tem restrições físicas (HELMAN, 2009). Nesse quesito, compreende-se que a mulher procurava, no manejo da FSQ, uma forma de, em meio às restrições impostas pela reação adversa, mover-se rumo à possibilidade de se sentir capaz de desempenhar seu papel social em geral, e familiar em particular.

Algumas formas de manejar a FSQ a que recorreram as participantes deste estudo envolveram ações de autocuidado. Avaliando a prevalência de fadiga em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia, radioterapia ou após o término do tratamento, autores da área de enfermagem identificaram que o descanso e o exercício físico foram as estratégias mais empregadas pelas participantes para obter alívio; depois vêm a distração, o repouso, o sono, a leitura e a alimentação (PANOBIANCO et al., 2012). Como estratégias escolhidas pelas participantes deste estudo quando a FSQ estava intensa, verificamos ênfase no descanso e na conservação de energia; o que converge para o estudo supracitado.

De fato, a literatura descreve o descanso e o sono como formas de intervenções não farmacológicas para *minimizar* a fadiga; mas não para *aliviá-la de vez* (BONASSA; GATO, 2012). Como afirmam Miyauti-Silva et al. (2016), a fadiga difere do cansaço habitual; e a experiência relatada pelas participantes da pesquisa subjacente a este estudo reiteram essa asserção. Segundo elas, a fadiga se difere do

cansaço decorrente do trabalho ou de outras atividades já vividas; e o descanso contribuía para aliviar, mas de forma temporária, incompleta. Isso porque o efeito retornava logo. Disso se infere: a FSQ não só permanece ao longo do tratamento; também se intensifica.

Apesar de a reação adversa persistir, mesmo em repouso (NCCN, 2017b) o descanso foi a estratégia-chave referida e aplicada de forma espontânea por todas participantes em busca de alívio; mesmo que não definitivo. Mantiveram-na em resposta positiva às experiências da FSQ (LANGDON; WIIK, 2010), pois se sentiam melhores para desempenhar atividades significativas em suas vidas.

A conservação de energia consiste em gerenciar a energia pessoal com o intuito de prevenir perda. Baseia-se em definir atividades prioritárias, realizá-las no momento de mais disposição e força, intercalando com períodos de descanso. Pode-se optar pelo uso de equipamento útil à realização de atividades, assim como delegá-las a outros. Recomenda-se evitar períodos longos de cochilos de dia para não comprometer o sono reparador da noite (BONASSA; GATO, 2012; NCCN, 2017b; MITCHELL et al., 2007).

Em concordância com essa definição, percebemos que as participantes identificaram a conservação de energia como estratégia importante para manejar a FSQ em sua dimensão física. Isso se evidenciou na não realização de atividades rotineiras, no descanso entre atividades e no recolhimento em casa a fim de evitar ou agravar a fadiga.

O cuidado da saúde com alimentação é prática frequente e valorizada quando o intuito é prevenir ou tratar distúrbios físicos ou mentais. Exemplos incluem chás verdes — ingeridos por ser considerados antioxidantes e ricos em fibras úteis à prevenção de doenças intestinais, inclusive o câncer — e alimentos nomeados de “saudáveis”, “integrais”, “orgânicos” presentes em sociedades industrializadas (HELMAN, 2009).

O cuidado alimentar foi uma atitude das participantes quando perceberam seus benefícios para a FSQ, além de tratar e/ou prevenir outras reações adversas da quimioterapia. Neste estudo, a alimentação é prática culturalmente valorizada como “remédio popular” (HELMAN, 2009). O uso de alimentos foi mencionado como possibilidade de evitar a FSQ, em acordo com a literatura que descreve a falta de alimentação como causa de fraqueza e indisposição (CANESQUI; GARCIA, 2005).



O consumo de alimentos e plantas medicinais — espécie vegetal com fins terapêuticos (BRASIL, 2015b) — influencia comportamentos culturais da população (ANTONIO; TESSER; MORETI-PIRES, 2013). Em nosso estudo, as participantes trouxeram o cuidado alimentar em seus relatos como estratégia valorizada para lidar com reações à quimioterapia. Demonstraram ter recebido influência do saber popular e da família. Compreende-se, então, que alimentar-se não é só prática racional; também envolve elaboração de novas sensibilidades, conhecimentos e experiências (CARVALHO; LUZ; PRADO, 2010) difundidos no contexto onde as pessoas vivem.

Em relação ao autocuidado no manejo da FSQ na dimensão emocional, a busca por alívio à reação adversa levou a três estratégias não farmacológicas: praticar atividades religiosas, caminhar e cuidar de plantas.

A prática de atividades religiosas foi comum a todas as mulheres para manejar a FSQ emocional e se sentirem confiantes. Essa prevalência reforça a religiosidade como estratégia-chave para enfrentar o tratamento oncológico (MESQUITA et al., 2013; AQUINO; ZAGO, 2007). Uma revisão integrativa sobre o enfrentamento religioso/espiritual em pacientes com câncer evidenciou melhoria do bem-estar e contribuição para a adesão ao tratamento e para o controle de alterações emocionais (SOUSA et al., 2017). Eis por que pode auxiliar no manejo da FSQ emocional — como sugerem os resultados deste estudo.

Cuidar de plantas e praticar atividades religiosas foi citado como estratégia não farmacológica para distração e relaxamento; proporcionou alívio geral da FSQ emocional. Corrobora esse achado um estudo piloto realizado com 22 pacientes de câncer de mama e de pulmão submetidos à cirurgia, quimioterapia ou radioterapia passado um mês do fim do tratamento. Os autores avaliaram o uso das terapias de contato com a natureza, horticultura, meditação, yoga e terapia de grupo de apoio por doze semanas. Foram evidenciadas melhora da qualidade de vida e redução da fadiga. Os autores consideraram tais práticas em área verde urbana como útil ao bem-estar emocional e espiritual dos pacientes (MAGRI et al., 2013).

No caso deste estudo, duas participantes realizaram caminhadas para o manejo da reação adversa. A prática da atividade física estava direcionada à melhoria da FSQ emocional; o que supria a necessidade de participação em espaços de socialização fora da rotina domiciliar. Em concordância com esses achados, a literatura sugere a atividade física para aliviar a fadiga pensando, também, em reduzir a depressão e melhorar o padrão de sono (NCCN, 2017b; BONASSA; GATO, 2012).

Igualmente, Luíza recorreu à caminhada como estratégia, pois relacionava a limitação causada pela FSQ com o risco de desencadear depressão; afinal, ficava em seu domicílio por muito tempo. A caminhada seria um recurso para prevenir a doença. O conceito de depressão pode ser aplicado à existência de transtorno depressivo para se referir a um sofrimento ou uma expressão direcionada à infelicidade ou angústia (LOPES, 2015); e a fadiga é conceituada como sensação angustiante, subjetiva e persistente de cansaço físico, emocional e/ou cognitivo (NCCN, 2017b). Dada a dimensão psíquica presente em ambas, pode-se explicar a relação mencionada por Luíza.

Estudos realizados com grupo semelhante avaliaram a intervenção do exercício físico e observaram benefícios relacionados com a fadiga (TRAVIER et al., 2015; INGRAM; WESSEL; COURNEYA, 2010). Pesquisa de abordagem qualitativa desenvolvida com oito mulheres em quimioterapia com protocolo AC-T observou que as reações à quimioterapia, sobretudo a fadiga, eram desafiadoras à realização de atividade física; porém, as participantes encontraram motivação interna para manter o exercício, ou seja, pensaram nos benefícios emocionais e físicos (INGRAM; WESSEL; COURNEYA, 2010). Esse achado converge para a finalidade da caminhada praticada por duas informantes deste estudo.

Também uma meta-análise recente reitera esses achados. Encontrou-se que o exercício físico e a intervenção psicológica são eficazes na redução da fadiga e significativamente melhores do que opções farmacológicas. Daí serem indicados para manejar a fadiga relacionada com o câncer e seu tratamento (KAREN et al., 2017).

Embora o município onde a pesquisa aqui descrita foi desenvolvida ofereça serviços de práticas complementares e integrativas pelo SUS (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2017a) — por exemplo, reiki, acupuntura, homeopatia, dança circular, reflexologia e antroposofia —, cabe ressaltar que notamos ausência de tais práticas entre as participantes e outros pacientes atendidos no serviço de oncologia onde este estudo se desenvolveu; ou seja, inferimos que essa informação não foi difundida entre o público aqui considerado.

Na maioria das vezes, as práticas complementares/estratégias não farmacológicas ocorrem por influência da rede familiar, social ou religiosa, com base no senso comum. Conforme Clifford Geertz (2014), o senso comum consiste em um sistema cultural composto de crenças e juízos com conexões fortes entre os grupos de uma comunidade. Essa influência fortalece as questões culturais, ou seja, resalta a importância de profissionais da saúde compreender tal sistema e incorporá-lo; também situa o paciente como agente ativo e participativo na definição de práticas mais adequadas e convenientes ao processo de cuidar (GEORGE et al., 2000).

Poder contar com cuidados de outros, também, foi considerado componente essencial para ajudar as participantes do estudo a enfrentar o tratamento e suas reações indesejadas, em especial a FSQ. O cuidado foi prestado pela família, por pacientes oncológicos e por profissionais da equipe de saúde. Com efeito, o estudo de Andrade, Panza e Vargens (2011), realizado com mulheres com câncer de mama, mostrou que é indispensável o suporte oferecido pela rede familiar e social, sobretudo por esposo, filhos e amigos íntimos; afirmam que ajuda a enfrentar o processo do adoecimento e as limitações impostas. Logo, o cultivo dessas relações é considerado a melhor forma de promover a saúde e amenizar o sofrimento ocasionado pela terapêutica do câncer (BUCHER-MALUSCHKE et al., 2014).

A FSQ repercutiu na vida das participantes e de seus familiares; gerou novas experiências no contexto familiar, como se pode inferir da necessidade de mudar papéis sociais entre elas e seus familiares para enfrentar a reação adversa. Por meio do recurso do cuidar, a família permitiu a manutenção das atividades rotineiras no contexto domiciliar antes praticadas pelas mulheres, tais como os cuidados com a casa e o preparo de refeições. Essas mudanças demonstraram a importância do papel ativo da

família na adaptação do paciente à trajetória de enfrentamento do câncer e das reações adversas (BUCHER-MALUSCHKE et al., 2014). Além de oferecer suporte, a família influencia a recorrência a práticas complementares ao tratamento convencional (SPADACIO; BARROS, 2008).

Neste estudo, o apoio familiar na realização das atividades domésticas incentivou o uso de estratégias não farmacológicas como descanso e conservação de energia para manejo e alívio da FSQ. Mas foi relatada a ausência familiar por duas participantes. Luíza sentia falta de familiares que residiam na mesma cidade que ela. Maya se referiu à falta de sua irmã, que residia em outro país, e de seus pais, que moravam em uma chácara, porém na mesma cidade; em especial, sentia falta do esposo, pois o relacionamento, que já estava afetado, piorou durante o tratamento, segundo ela.

No dizer de Oliveira (2009), a individualidade está presente na família contemporânea; e a conjugalidade pode não estar presente na vida do casal. Ocorre, na verdade, a busca de satisfação pessoal e estabilidade financeira; mas não sem prejuízo para a relação. O caso de Maya ilustra isso. Ela disse que o esposo se interessava mais pelo trabalho do que pela rotina do lar ou pelo acompanhamento do percurso da quimioterapia (DIÁRIO DE CAMPO, 2015–7).

Os pacientes oncológicos convivem entre si durante o tratamento. Buscam o apoio oferecido pelo coletivo de pessoas que vivem trajetórias semelhantes, compartilham saberes de origem cultural e experiências, tornando comuns práticas terapêuticas não convencionais. O apoio de outros pacientes ocorreu no diálogo no contexto do tratamento. As participantes demonstraram necessidade de recorrer à observação de experiências alheias como forma de amparo e compreensão da FSQ. Para a antropologia médica, os sistemas de saúde agregam componentes que se relacionam com a saúde e oferecem, à pessoa, meios para interpretar a doença e as formas de intervir na lida com o processo de adoecer. Nesse sistema, as doenças são realidades simbólicas, construídas pela interação dos indivíduos que compartilham o mesmo meio social, mas apresentam formas diferentes de agir e pensar (LANGDON, 1994).

As participantes relataram apoio profissional durante o tratamento e se sentiram gratas aos serviços recebidos. Todavia, vale ressaltar a ausência de orientações dos profissionais de saúde envolvidos no processo de lidar com a FSQ; ou seja, nas entrevistas as participantes tiveram dificuldade em defini-la. Além disso, foi citada sua normalização pelos médicos. Entendemos que o intuito foi dizer que a fadiga é reação esperada durante a quimioterapia; ainda assim, o paciente espera orientação ou intervenção. Tal situação revela a necessidade de abordagem direcionada à avaliação e elaboração de condutas específicas ao seu tratamento ou alívio porque prejudica as mulheres em várias dimensões. E, embora a FSQ ocorra com frequência entre pacientes oncológicos, os profissionais encontram dificuldades em reconhecer, avaliar e auxiliar seu manejo (TORRES, 2006; SANTOS; MOTA, 2009).

Estudo realizado no interior de São Paulo acerca do conhecimento que auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e psicólogos têm da fadiga em crianças e adolescentes com câncer evidenciou a necessidade de aprimoramento técnico-científico para que possam identificá-la com segurança. Não por acaso, o estudo se refere ao seu manejo como desafio a esses profissionais e sugere a formação permanente para qualificar a equipe de saúde em prol da assistência (MIYAUTI-SILVA et al., 2016).

Afora a qualificação profissional, é importante compreender as dimensões subjetivas do adoecimento. Tal compreensão permite aos profissionais reconhecer saberes, práticas e crenças (religiosas) relacionados com o paciente e o adoecimento pelo câncer (LACERDA et al., 2009). Esse entendimento subjetivo do câncer de mama e das reações adversas decorrentes do tratamento pode contribuir para a busca de estratégias farmacológicas e não farmacológicas que aliviem a FSQ considerando a subjetividade.

Compreendemos que o sentido atribuído às experiências da FSQ foi a limitação, que se mostrou na execução de atividades rotineiras; ou seja, prejudicou as mulheres no cumprimento de seus papéis e as levou a buscar estratégias oriundas do senso comum e de seu contexto sociocultural para aliviar uma reação adversa persistente, desconfortável. A limitação provocada pela FSQ teve repercussão física, cognitiva,

emocional e comportamental; e as participantes buscaram compreender essa sensação considerando que se relacionava com o tratamento. Dessa forma, no que se refere às práticas complementares/estratégias não farmacológicas empregadas no manejo da FSQ, percebemos que o sentido atribuído foi a possibilidade de se sentir capaz e alcançar alívio, que, embora momentâneo, traz sensação de melhora, importante para reforçar a confiança e a capacidade de terminar o tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fadiga secundária à quimioterapia (FSQ) é uma reação adversa desconfortável, limitante e comum em mulheres com câncer de mama. Muitas vezes, as demandas geradas pelo tratamento causam prejuízos físicos e emocionais que levam à necessidade de cuidados e reorganização de atividades e rotinas das pacientes e pessoas próximas que compõem a rede social e familiar. As experiências de fadiga levaram à busca por práticas/estratégias para aliviá-la e reforçaram a importância de compreender a singularidade do contexto e das práticas adotadas para lidar com essa reação adversa.

Perante a subnotificação e normalização, a falta de valorização e o diálogo profissional relacionados com a FSQ, foi identificada ausência de orientações e intervenções profissionais para seu manejo. Verificamos o uso de práticas/estratégias do repertório sociocultural e familiar das participantes para tentar amenizar sintomas e outras reações adversas. Foram identificadas práticas complementares/estratégias não farmacológicas de autocuidado, além do cuidado prestado por familiares, que resultaram em alívio momentâneo e redução da intensidade.

O estudo demonstrou a importância de compreender, em sua singularidade, as experiências do manejo da fadiga por mulheres com câncer de mama, de valorizar discursos, saberes, crenças e valores que fazem sentido para essa população e proporcionam melhora e bem-estar. Em suas práticas de assistência, convém à equipe de saúde associar a compreensão cultural ao conhecimento científico, além de desenvolver e aprimorar a assistência em prol de uma atenção integral.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para as práticas aplicadas a grupos com características semelhantes e que auxiliem os profissionais no cuidado destinado a pacientes em tratamento com quimioterapia; sobretudo no que se refere à observação, compreensão e orientação de práticas complementares/estratégias não farmacológicas para manejar a FSQ. Mas há muito a ser feito. É preciso avaliar benefícios visando à incorporação de práticas não reconhecidas cientificamente nas formas de tratamento da fadiga postuladas por políticas públicas e serviços de saúde destinados a pacientes com câncer de mama e pacientes de outros grupos acometidos pela FSQ. Mais pesquisas são bem-vindas!

## REFERÊNCIAS

ALBARNAZ, M. D. **Efetividade do guaraná (*Paullinia cupana*) para manejo da fadiga em mulheres com câncer de mama em quimioterapia**: um ensaio clínico, duplo cego, randomizado. 2017. 110 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) — Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

ALCÂNTARA-SILVA, T. R. et al. Fatigue related to radiotherapy for breast and/or gynaecological cancer: a systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 19–20, p. 2.679–86, 2013. <https://doi.org/10.1111/jocn.12236>

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Breast cancer treatment**. Chemotherapy for breast cancer. 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/chemotherapy-for-breast-cancer.html>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

ANCOLI-ISRAEL, S. et al. Light treatment prevents fatigue in women undergoing chemotherapy for breast cancer. **Supportive Care in Cancer**, v. 20, n. 6, p. 1.211–9, 2012. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1203-z>

ANDRADE, G. N.; PANZA, A. R.; VARGENS, O. M. C. As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 82–8, 2011. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i1.10609>

ANJOS, A. C. Y. **As repercussões do cuidar do idoso em quimioterapia oncológica na vida do familiar cuidador**. 2010. 148 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ANJOS, A. C. Y.; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 33–40, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100005>

ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETI-PIRES, R. O. 2013. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. **Interface**, Botucatu, 2013.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes em reabilitação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2007.



ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2.865–75, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ABCP). Consenso Brasileiro de Fadiga. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, São Paulo, v. 3, n.2, p. 1–31, 2010. Disponível em: <[http://www.nutritotal.com.br/pluginfile.php/18170/mod\\_diretrizes/content/1/219--consenso\\_fadiga.pdf](http://www.nutritotal.com.br/pluginfile.php/18170/mod_diretrizes/content/1/219--consenso_fadiga.pdf)>. Acesso em: 3 set. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de classificação econômica Brasil. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**. 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

BISWAL, B. M. et al. Effect of *Withania somnifera* (Ashwagandha) on the development of chemotherapy-induced fatigue and quality of life in breast cancer patients. **Integrative Cancer Therapies**, v. 12, n. 4, p. 312–22, 2012. <https://doi.org/10.1177/1534735412464551>

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Medicamentos fitoterápicos: Definição**. 2004b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/fitoterapicos/definicao.htm#>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares-PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, INCA, 2015a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude e ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília, DF, 2015b.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)>. Acesso em: 26 mar. 2017.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Espécies nativas da flora brasileira de valor econômico atual ou potencial: plantas para o futuro: região Centro-Oeste**. Secretaria de Biodiversidade. Roberto Fontes Vieira (Ed.). Julcéia Camillo (Ed.). Lidio Coradin (Ed.). Brasília, DF: MMA, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 849, de 27 de março de 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à política nacional de práticas integrativas e complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar. 2017a, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Controle do câncer de mama**. 2017b. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/conceito\\_magnitude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude)>. Acesso em: 27 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Tipos de câncer: Câncer de mama**. 2017c. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 6 ago. 2017.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 537–72, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300003>

BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. et al. Family dynamics in the context of cancer patients. **Revista do NUFEN**, v. 6, n. 1, p. 87–110, 2014.

BUETTO, L. S. **O significado de qualidade de vida no contexto da quimioterapia antineoplásica para o paciente com câncer colorretal**. 2014. 158 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BUZAID, A. C.; MALUF, F. C.; LIMA, C. M. R. **Mini-MOC: pocket book do manual de oncologia do Brasil — tumores sólidos**. 8. ed. São Paulo: Dendrix, 2015.

CAMPOS, M. P. O. et al. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 2, p. 211–19, 2011a. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000200021>

CAMPOS, M. P. O. et al. Guarana (*Paullinia cupana*) improves fatigue in breast cancer patients undergoing systemic chemotherapy. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 17, n. 6, p. 505–12, 2011b. <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0571>

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T.; PRADO, S. D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 155–63, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100019>

CENDOROGLO-NETO, M. et al. **Guia de protocolos e medicamentos para tratamento em oncologia e hematologia**. São Paulo: Hospital Albert Einstein. 2013. Disponível em: <[https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/Guia\\_Oncologia\\_Einstein\\_2013.pdf](https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/Guia_Oncologia_Einstein_2013.pdf)>. Acesso em: 6 jun. 2017.

CHIEN, T. J.; LIU, C. Y.; HSU, C. H. Integrating acupuncture into cancer care. **Journal of Traditional and Complementary Medicine**, v. 3, p. 234–39, 2013. <https://doi.org/10.4103/2225-4110.119733>

CHO, H. J. et al. Cross-cultural validation of the Chalder Fatigue Questionnaire in Brazilian primary care. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 62, n. 3, p. 301–4, 2007. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.018>

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde–doença. **História, Ciências, Saúde** — Mangueiras, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 925–937, 2010.

CRUZ, F. M. et al. Chemotherapy induces fatigue and increases TNF- $\alpha$  in patients with breast cancer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 9, n. 32, p. 52–4, 2013.

ESTEVES, M. F. V. **Os sentidos das experiências de mães de crianças e adolescentes oncológicos com a terapia complementar**. 2015. 125 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FINELLI, L. A. C.; SILVA, J. L.; AMARAL, R. A. Trajetória da família brasileira: o papel da mulher no desenvolvimento dos modelos atuais. **Humanidades**, v. 4, n. 2, p. 52–60, 2015.

FINI, A. **Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca**. 2008. 110 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.7.2008.tde-13062008-105232>

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Tradução: Vera Joscelyne. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLAUS, A.; CROW, R.; HAMMOND, S. A qualitative study to explore the concept of fatigue/tiredness in cancer patients and in healthy individuals. **European Journal of Cancer**, v. 5, p. 8–23, 1996. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.1996.tb00247.x>

GOOD, B. J. et al. **A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities**. John Wiley & Sons, 2010, v. 15.

GOZZO, T. O. **Toxicidade ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama**. 2008. 113 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GOZZO, T. O. et al. Toxicidade dermatológica em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n. 4, 7 telas, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt>>. Acesso em: 4 jun. 2017.

HANNERZ, G. Diversity is our business, in focus: (not) the end of anthropology, again? Some thoughts on disciplinary futures. **American Anthropologist**, p. 539–51, 2010. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1433.2010.01274.x>

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HUSEBØ, A. M. L. et al. Effects of scheduled exercise on cancer-related fatigue in women with early breast cancer. **The Scientific World Journal**, p. 1–9, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/271828>

INGRAM, C.; WESSEL, J.; COURNEYA, K. S. Women's perceptions of home-based exercise performed during adjuvant chemotherapy for breast cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 14, n. 3, p. 238–43, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.01.027>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Atlas do censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acesso em: 1º ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Renda domiciliar per capita Minas Gerais**. 2015. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad\\_continua/default\\_renda\\_percapita.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/default_renda_percapita.shtm)>. Acesso em: 8 jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Renda domiciliar per capita-Minas Gerais**. 2016a. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad\\_continua/default\\_renda\\_percapita.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/default_renda_percapita.shtm)>. Acesso em: 8. jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016b**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965>>.pdf. Acesso em: 9 jan. 2018.

ISHIKAWA, N. M.; DERCHAIN, S. F. M.; THULER L. C. S. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 313–18, 2005. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0697-0>

ISHIKAWA, N. M. et al. Validation of the Portuguese version of functional assessment of cancer therapy-fatigue (FACT-F) in Brazilian cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, v. 18, p. 481–90, 2010.

JONG, N. et al. Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a review of the literature. **Cancer Nursing**, v. 25, n. 4, p. 283–97, 2002. <https://doi.org/10.1097/00002820-200208000-00004>

KAREN, M. M. et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. **JAMA Oncology**, p. E1-E8, 2017.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of cultures**: an exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley: University of California Press. 1980.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 88, p. 251–58, 1978. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>

LACERDA, A. et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro. IMS/UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2009, p. 249–62.

LANGDON, E. J. **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico [tese para concurso professor titular]. Florianópolis (SC): Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 459–66, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 23. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LEITE, F. M. C. et al. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 1, p. 15–21, 2011.]

LIU, L. et al. Fatigue and Sleep Quality are Associated with Changes in Inflammatory Markers in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. **Brain, Behavior and Immunity**, v. 26, n. 5, p. 706–13, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.02.001>

LITVAK, A. et al. Racial disparities in the rate of cardiotoxicity of HER2-targeted therapies among women with early breast cancer. **Cancer**, p. 1–8, 2018. doi: 10.1002/cncr.31260

LOPES, M. **Os significados da depressão entre pacientes com câncer de bexiga em seguimento terapêutico**. 2015. 219 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MAGNUSSON, K. et al. A qualitative study to explore the experience of fatigue in cancer patients. **European Journal of Cancer Care**, v. 8, n. 4, p. 224–32, 1999. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.1999.00168.x>

MAGRI, M. N. et al. Spiritual care of cancer patients by integrated medicine in urban green space: a pilot study. **Explore**, v. 9, n. 2, p. 87–90, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.12.002>

MANIR, K. S. et al. Fatigue in breast cancer patients on adjuvant treatment: course and prevalence. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 18, n. 2, p. 109–16, 2012. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.100826>

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS L. C. et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 2, p. 158–62, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000200019>

MATOSO, L. M. L.; ROSÁRIO, S. S. D.; MATOSO, M. B. L. As estratégias de cuidados para o alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, p. 251–60, 2015.

MATTOS, C. L. G. A abordagem etnográfica na investigação científica. **Espaço**, Rio de Janeiro, p. 42–59, 2001.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Revista de administração pública**, v. 39, n. 4, p. 823–847, 2005.

MESQUITA, A. C. et al. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, 7 telas, 2013.

MENDES, M. F. et al. Cross-cultural of the fatigue severity scale to portuguese language. **Revista Medicina de reabilitação**, v. 27, n. 3, p. 69–71, 2008.

MILLER, M.; MAGUIRE, R.; KEARNEY, N. Patterns of fatigue during a course of chemotherapy: results from a multi-centre study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 11, p. 126–32, 2007. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.05.001>

MITCHELL, S. A. et al. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 11, n. 1, p. 99–113, 2007. <https://doi.org/10.1188/07.CJON.99-113>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIYAUTI-SILVA, M. C. et al. Fadiga em crianças e adolescentes com câncer sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 24, n. e2784, p. 1–10, 2016.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise de conceito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 285–93, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300009>

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 4, p. 577–83, 2002.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. **Research and Theory for Nursing Practice**, vol. 20, n. 1, p. 49–78, 2006. <https://doi.org/10.1891/rtnp.20.1.49>

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; FITCH, M. I. Fatigue Pictogram: an option for assessing fatigue severity and impact. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe, p. 1.080–1.087, 2009.



MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; PIPER, B. F. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the piper fatigue scale-revised. **Supportive Care in Cancer**, v. 17, n. 6, p. 645–52, 2009.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-008-0518-x>

MOURA, V. T. et al. **MOC — Manual de oncologia clínica do Brasil**: enfermagem. São Paulo: Dendrix, 2017.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). Cancer treatment. **Fatigue** (PDQ ®) – Health Professional Version. 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/fatigue/fatigue-hp-pdq>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Guidelines Version 1. 2016. **NCCN Guidelines for patients®**. Disponível em: <[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)>. Acesso em: 4 jul. 2017.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Guidelines Version 2. 2017 Panel Members. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. **Breast Cancer**: NCCN Evidence Blocks™. 2017a. Disponível em: <[https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast\\_blocks.pdf](https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast_blocks.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2017.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Guidelines Version 2. 2017 Panel Members. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. **Cancer-related fatigue**. 2017b. Disponível em: <[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)> Acesso em: 13 abr. de 2017.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH (NCCIH). **Complementary, Alternative, or Integrative Health**: What's In a Name? 2016. Disponível em: <<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2015–2017. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em: <[http://www.univale.br/sites/biblioteca/biblioteca\\_online\\_enfermagem/livrosbiblioteca/NANDA%202015-2017-EBOOK-1-1.pdf](http://www.univale.br/sites/biblioteca/biblioteca_online_enfermagem/livrosbiblioteca/NANDA%202015-2017-EBOOK-1-1.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2017.

- OLIVEIRA, T. S. G. et al. Perfil de mulheres com câncer de mama tratadas com quimioterapia. **Revista de enfermagem UFPE on-line**, v. 10, n. 11, p. 4.097–103, 2016.
- OLIVEIRA, N. H. D. **Recomeçar**: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: ed. UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 236 p. ISBN 978-85-7983-036-5. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/965tk/pdf/oliveira-9788579830365.pdf>> Acesso em: 7 ago. 2017.
- PANOBIANCO, M. S. et al. Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.3, p. 532–40, 2012. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i3.14409>
- PAVAN, K. et al. Esclerose múltipla: adaptação transcultural e validação da escala modificada de impacto de fadiga. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 65, n. 3-A, p. 669–73, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2007000400024>
- PIZZA, G. **Antropologia medica**: saperi, pratiche e politiche del corpo. Roma: Carocci. 2005.
- POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- RADBRUCH, L. et al. Fatigue in palliative care patients. **Palliative Medicine**, v. 22, n. 1, p. 13–22, 2008. <https://doi.org/10.1177/0269216307085183>
- RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- RIESSMAN, C. K. **Narrative analysis**. Qualitative research methods. Newbury Park. CA: Sage, 1993.
- SANTOS, J.; MOTA, D. D. C. F. Comorbidade, fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 909–14, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400024>
- SILVA, M. C. M. et al. Fadiga em crianças e adolescentes com câncer sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 24, n. e2784, p. 1–10, 2016.
- SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003–2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3.807–3.816, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>

SILVA, M. B.; FONSECA, C. A.; RODRIGUES, A. J. L. Terapia medicamentosa do câncer. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 3.; JORNADA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DA UEG, 1., Anápolis. Anápolis: UEG, 2005.

SMITH, A. K. et al. Epigenetic changes associated with inflammation in breast cancer patients treated with chemotherapy. **Brain, Behavior and Immunity**, v 38, p. 227–36, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2014.02.010>

SOUSA, F. F. P. R. D. et al. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 13, n. 1, p. 45–51, 2017. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51>

SPADACIO, C.; BARROS, N. F. Medicinas alternativas e câncer. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 158–64, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000100023>

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

TORRES, M. R. **Fadiga do paciente com câncer**: conhecimentos dos enfermeiros. 80 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) — Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

TRAVIER, N. et al. Effects of an 18-week exercise programme started early during breast cancer treatment: a randomised controlled trial. **BMC Medicine**, v. 13, n. 121, p. 1–11, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0362-z>

VALLE et al. **Aprendizagem e desenvolvimento humano**: avaliações e intervenções [on-line]. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 222 p. ISBN 978-85-98605-99-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/krj5p/pdf/valle-9788598605999-07.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017. <https://doi.org/10.7476/9788598605999>

VINCENT, F. et al. Effects of a home-based walking training program on cardiorespiratory fitness in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a pilot study. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 49, n. 3, p. 319–29, 2013.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **GLOBOCAN 2012**: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Disponível em: [http://globocan.iarc.fr/Pages/burden\\_sel.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx)>. Acesso em: 15 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Traditional Medicine Strategy**: 2014–2023. Geneva: WHO, 2013.

#### ■ Dados da pesquisa

##### — *Notas*

DIÁRIO DE CAMPO. [Anotações cotidianas durante as etapas de pesquisa. Inclui notas feitas com base em dados institucionais e de observação]. Manuscrito, volume de capa dura, 100 fl., pautadas. 2015–7,

##### — *Entrevistas*

LIS. 27 de junho de 2015. Arquivo de m4a (14 min.). 1ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada

LIS. 19 de julho de 2015. Arquivo de m4a (53m57s). 2ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LIS. 8 de agosto de 2015. Arquivo de m4a (48m22s). 3ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LIS. 5 de outubro de 2015. Arquivo de m4a (46m29s). 4ª entrevista concedida a mim no local de trabalho da entrevistada.

LÍVIA. 16 de janeiro de 2016. Arquivo de m4a (54m57s). 1ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LÍVIA. 19 de fevereiro de 2016. Arquivo de m4a (27m41s). 2ª entrevista concedida a mim em ambulatório onde a entrevistada recebeu cuidados e tratamento.

LÍVIA. 29 de fevereiro de 2016. Arquivo de m4a (69m45s). 3ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LÍVIA. 2 de abril de 2016. Arquivo de m4a (61m18s). 4ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LÍVIA. 3 de maio de 2016. Arquivo de m4a (40m11s). 5ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LÍVIA. 4 de junho de 2016. Arquivo de m4a (28m47s). 6ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LUÍZA. 15 de junho de 2015. Arquivo de m4a (8m14s). 1ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LUÍZA. 22 de julho de 2015. Arquivo de m4a (15m42s). 2ª entrevista concedida a mim em ambulatório onde a entrevistada recebeu cuidados e tratamento.

LUÍZA. 4 de agosto de 2015. Arquivo de m4a (20m24s). 3ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LUÍZA. 17 de setembro de 2015. Arquivo de m4a (26m54s). 4ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LUÍZA. 2 de outubro de 2015. Arquivo de m4a (15m38s). 5ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

LUÍZA. 25 de outubro de 2015. Arquivo de m4a (61m40s). 6ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

MAYA. 10 de abril de 2016. Arquivo de m4a (79m21s). 1ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

MAYA. 9 de maio de 2016. Arquivo de m4a (87m41s). 2ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

MAYA. 28 de maio de 2016. Arquivo de m4a (67m34s). 3ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

MAYA. 22 de julho de 2016. Arquivo de m4a (89m52s). 4ª entrevista concedida a mim no domicílio da entrevistada.

APÊNDICE A **Formulário para coleta de dados e caracterização sociodemográfica**

<b>Data:</b>	<b>Nº do encontro:</b>	<b>Local:</b>
<b>Identificação da Participante</b> <b>Pseudônimo:</b>		<b>Idade:</b>
		<b>Ocupação:</b>
		<b>Religião:</b>
<b>Estado Civil:</b>	<b>Tempo de casamento/ união estável:</b>	
<b>Nº de filhos/ gênero:</b>	<b>Nº de pessoas que residem juntas:</b>	<b>Renda familiar:</b>
<b>Endereço ( Av./ Rua; nº da casa; bairro; cidade; estado e telefone de contato):</b>		
<b>Diagnóstico/ data:</b>		
<b>Cirurgia prévia (tipo/ data):</b>		
<b>Outros tratamentos realizados (anterior à quimioterapia):</b>		
<b>Outros tratamentos realizados convencionais e/ ou complementares (concomitante à quimioterapia):</b>		

**APÊNDICE B Questão norteadora**

*Você pode me contar como é para você utilizar..... (práticas complementares/estratégias não farmacológicas) durante a quimioterapia para lidar com a fadiga?"*

Poderia me falar sobre o que é fadiga para você?

Você já conversou com seu médico ou com alguém da equipe que trata de você sobre a fadiga?

Você usa algum tipo de medicamento ou tratamento para a fadiga que não seja o que o médico receitou?

Que tipo de resultado você acha que tem conseguido?

## APÊNDICE C Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada *Sentidos atribuídos por mulheres com câncer de mama em quimioterapia à experiência da utilização de terapias complementares para manejo da fadiga*, sob a responsabilidade dos pesquisadores Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos (Orientador Responsável) e Nayara Ferreira Cunha (Pesquisador Responsável).

Nesta pesquisa nós procuramos compreender os sentidos de sua experiência quanto ao uso de terapias complementares para o manejo da fadiga durante o tratamento de quimioterapia. Para isso gostaríamos de convidá-la a participar.

Será necessário participar de algumas entrevistas, que serão feitas em sua residência ou no setor de Oncologia do ambulatório onde faz a quimioterapia, em datas e horários que sejam adequados para você. As entrevistas precisam serão gravadas, e logo em seguida, faremos a transcrição delas para analisar o que você relatou e assim começar a compreender o significado desta experiência.

Caso se sinta constrangida em falar sobre as questões que estivermos abordando, terá total liberdade de não responder, ou ainda, conversamos em outro momento sobre o assunto. Também tem a opção de deixar de participar do estudo, caso queira retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Poderá obter todas as informações e tirar todas as dúvidas com as pesquisadoras, ou no Comitê de Ética em Pesquisa.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Em nenhum momento você será identificada. O único risco consiste em perda da confidencialidade, porém, as pesquisadoras se comprometem a utilizar todos os meios para manutenção do anonimato. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

As informações oferecidas por você serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa. Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa. O benefício esperado com esta pesquisa é que ao conhecer os sentidos atribuídos por você à sua experiência com o uso de terapias complementares para o manejo da fadiga durante o tratamento de quimioterapia poderemos compreender melhor e assim utilizar este novo conhecimento para melhorar a assistência de enfermagem para mulheres com câncer de mama.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com a senhora. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos e Nayara Ferreira Cunha, telefone (34) 3225-8603. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres



Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, ..... de ..... de 2016.

---

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa

## ANEXO A Parecer do comitê de ética em pesquisa com seres humanos



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Sentidos atribuídos por mulheres com câncer de mama em quimioterapia à experiência da utilização de terapias complementares para manejo da fadiga

**Pesquisador:** ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 43007615.5.0000.5152

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.023.143



Continuação do Parecer: 2.023.143

Ausência	APENDICE_C_TCLE.pdf	15/09/2016 23:34:25	NAYARA FERREIRA CUNHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto PLATAFORMA BRASIL - Versão Final.pdf	13/03/2015 21:58:23		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	12/03/2015 21:14:38		Aceito
Outros	Curriculo lattes equipe executora.doc	09/03/2015 23:43:47		Aceito
Outros	Termo de Compromisso da equipe.pdf	09/03/2015 23:42:30		Aceito
Outros	Declaração da Instituição.pdf	09/03/2015 23:41:30		Aceito
Outros	Carta à Instituição.pdf	09/03/2015 23:40:20		Aceito
Outros	Carta de encaminhamento de protocolos.pdf	09/03/2015 23:35:08		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

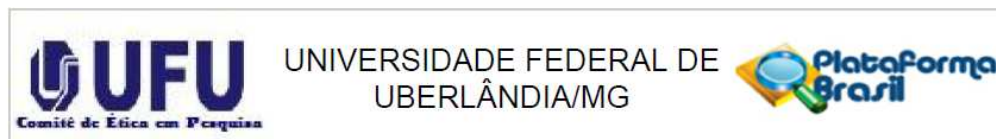
Não

UBERLANDIA, 19 de Abril de 2017

Assinado por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado  
(Coordenador)

## ANEXO B Parecer do comitê de ética em pesquisa com seres humanos — emenda



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Sentidos atribuídos por mulheres com câncer de mama em quimioterapia à experiência da utilização de terapias complementares para manejo da fadiga

**Pesquisador:** ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43007615.5.0000.5152

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.823.932



Continuação do Parecer: 1.823.932

Outros	Carta de encaminhamento de protocolos.pdf	09/03/2015 23:35:08		Aceito
--------	---	------------------------	--	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLÂNDIA, 07 de Novembro de 2016

Assinado por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado  
(Coordenador)

REVISÃO, NORMALIZAÇÃO  
E FORMATAÇÃO

*Edinan José Silva*  
etalii@bol.com.br

A ortografia do texto foi padronizada  
segundo o acordo ortográfico entre países  
lusófonos vigente desde 2012.

A normalização e formatação foram  
padronizadas segundo a NBR 14724:2011,  
da Associação Brasileira de Normas Técnicas.