

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CARINE FERREIRA LOPES**

**FADIGA SECUNDÁRIA AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM MULHERES  
COM CÂNCER DE MAMA: REPERCUSSÕES SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**

**UBERLÂNDIA**

**2017**

**CARINE FERREIRA LOPES**

**FADIGA SECUNDÁRIA AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM MULHERES  
COM CÂNCER DE MAMA: REPERCUSSÕES SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para conclusão do curso e obtenção do título de bacharel e licenciatura em Enfermagem.

**Orientadora: Profa. Dra. Anna Cláudia  
Yokoyama dos Anjos**

**Coorientadora: Enfa. Esp. Cristiane Soares  
Campos**

**UBERLÂNDIA**

**2017**

**CARINE FERREIRA LOPES**

**Fadiga secundária ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama:  
repercussões sobre a qualidade de vida**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para conclusão do curso e obtenção do título de bacharel e licenciatura em Enfermagem.

Banca de Avaliação:

---

Prof. Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos-UFU  
Orientadora

---

Prof. Membro – IES  
Membro

---

Prof. Membro – IES  
Membro

Uberlândia (MG), 26 de julho de 2017

*Dedico esse trabalho a meus pais Iselena  
Maria Ferreira Lopes e Washington Henrique  
de Oliveira Lopes, minha irmã Caroline  
Ferreira Lopes, meu afilhado Miguel Lopes  
Pereira que me apoiaram em todas as  
situações, e sempre foram meu apoio para  
seguir em frente sempre.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele nenhum sonho se realizaria. Devo a Ele cada dia e cada oportunidade que me deu, inclusive a graduação, que será uma das maiores conquistas de minha vida. Que nunca me abandonou nos momentos de dificuldade e honrou a cada esforço durante essa trajetória.

Agradeço a meus pais por terem se esforçado tanto para realizarem esse sonho que compartilham comigo, que dedicaram os últimos 21 anos de sua vida para a minha formação pessoal e profissional, e que em meus momentos de fraqueza faziam o impossível para me apoiar e para que eu pudesse seguir em frente. Não tenho palavras que demonstre o meu sentimento por vocês.

À minha irmã, que estava pronta a qualquer momento para me ouvir e aconselhar nos momentos de dificuldade, e a meu afilhado, que mesmo tão pequeno, tem uma importância tão grande em minha vida; e se um dia busquei motivação, sempre me lembrei dele, que tenho como um filho.

À minha professora e orientadora Doutora Anna Cláudia, que me apresentou a oncologia e me fez descobrir o sentido da Enfermagem em minha vida. Que me orientou em minhas pesquisas, e também na vida e se fez presente sempre que precisei. Obrigada pela dedicação em mim investida.

À participante dessa pesquisa que contribuiu para meu crescimento profissional e pessoal, e que sempre me recebeu com tanto carinho em sua casa.

As minhas amigas de curso, que foram meu apoio nos dias difíceis e de estresse. Que sempre trabalharam comigo e fizeram parte dessa formação.

À Universidade Federal de Uberlândia e ao Hospital do Câncer de Uberlândia, que possibilitou que isso acontecesse.

Muito obrigada!

## RESUMO

A quimioterapia é hoje o principal tratamento sistêmico para o câncer de mama. A maioria dos quimioterápicos, mesmo em doses terapêuticas, ocasionam reações adversas e indesejadas em diversos órgãos e tecidos. Dentre as principais reações adversas, destacamos a fadiga secundária à quimioterapia, que apresenta alta prevalência entre mulheres submetidas a este tratamento, sendo descrita como uma das reações adversas que tem influência negativa na qualidade de vida. O presente trabalho buscou identificar, avaliar e compreender as repercussões da fadiga secundária à quimioterapia na qualidade de vida da paciente com câncer de mama, e, subsidiar melhorias no planejamento da assistência de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo e interpretativo, com orientação teórico-metodológica da antropologia médica e método do estudo de caso etnográfico. Os dados foram coletados utilizando entrevistas semiestruturadas e observação participante do contexto da vida da paciente e de sua história de vida, diante do percurso da doença e do percurso do tratamento. Foi realizada a transcrição e análise temática dos dados. Os resultados mostraram que a fadiga secundária à quimioterapia, do ponto de vista da participante, não gerou impactos significativos na qualidade de vida, quando considerados os aspectos culturais que tratam sobre conceitos de saúde, doença e da qualidade de vida. Porém, quando os conteúdos das entrevistas foram correlacionados com autores de estudos que investigam o processo saúde-doença e a qualidade de vida sob a perspectiva biologicista, verificamos diversos aspectos em que a qualidade de vida sofreu interferências e prejuízos durante a trajetória do adoecimento e tratamento, tais como: adequações na rotina de vida, do trabalho; diminuição da capacidade funcional para as atividades diárias; otimização do tempo para realizar suas atividades de lazer e também do trabalho; mudanças nos hábitos alimentares. A fadiga secundária a quimioterapia tem sido pouco valorizada pela equipe de saúde e por isso, também passa a ser normalizada pelos pacientes, que a consideram como uma reação esperada, não prevenível e sem opções de manejo ou tratamento eficaz, sendo portanto sub notificada. Estudos sobre prevenção, manejo, estratégias e tratamentos da fadiga secundária à quimioterapia, que envolvam número maior de pacientes, ou grupos com diferentes características sociais, clínicas e mesmo em outros contextos culturais, são de extrema importância, a fim de elucidar e aprofundar o conhecimento sobre sua ocorrência, e assim, possibilitar melhor controle, manejo e tratamento durante a trajetória do tratamento quimioterápico.

**Descritores:** Fadiga, Quimioterapia, Qualidade de vida, Câncer de mama.

## ABSTRACT

Chemotherapy is now the primary systemic treatment for breast cancer. Most chemotherapeutics, even at therapeutic doses, cause adverse and undesirable reactions in various organs and tissues. Among the main adverse reactions, we highlight the fatigue related chemotherapy, which presents high prevalence among women submitted to this treatment, being described as one of the adverse reactions that has a negative influence on the quality of life. This study aimed to identify, evaluate and understand the repercussions of secondary fatigue to chemotherapy on the quality of life of patients with breast cancer, and to subsidize improvements in nursing care planning. This is a descriptive and interpretative study, with a theoretical-methodological orientation of medical anthropology and ethnographic case study method. Data were collected using semi-structured interviews and records in the field diary about the course of the disease and treatment. Transcription and thematic analysis of the data were performed. The results showed that fatigue related chemotherapy, from the participant's point of view, did not generate significant impacts on the quality of life when considering the cultural aspects that deal with the concepts of health, disease and quality of life. However, when the contents of the interviews were correlated with authors of studies that investigate the health-disease process and the quality of life from the biological perspective, we verified several aspects in which the quality of life suffered interferences and losses during the path of illness and treatment , Such as: adjustments in the routine of life, work; Decreased functional capacity for daily activities; Optimization of time to carry out their leisure activities and also work; Changes in eating habits. Fatigue related chemotherapy has been little valued by the health team and, therefore, is also normalized by patients, who consider it as an expected, non-preventable reaction, and without effective management or treatment options, Underreported. Studies on the prevention, management, and treatment of fatigue secondary to chemotherapy involving more patients or groups with different social, clinical and even other cultural contexts are extremely important in order to elucidate and deepen the knowledge about its occurrence and, thus, enable better control, management and treatment during the course of chemotherapy treatment.

**Key words:** Fatigue, Chemotherapy, Quality of life, Breast cancer.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AT	Análise Temática
ATI	Análise Temática Indutiva
AVD	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
FRC	Fadiga Relacionada ao Câncer
FSQ	Fadiga Secundária à Quimioterapia
HER2	Human Epidermal growth factor Receptor-type 2
HT	Hormonioterapia
QT	Quimioterapia
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
RT	Radioterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
3.1 Objetivo geral .....	13
3.2 Objetivos específicos .....	13
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>14</b>
4.1 Antropologia médica e estudo de caso etnográfico .....	14
<b>5 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>16</b>
5.1 Seleção da participante do estudo .....	16
5.2 Local do estudo .....	17
5.3 Coleta de dados .....	17
5.4 Considerações éticas .....	18
5.5 Análises dos dados .....	18
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
6.1 Quem é Esmeralda? .....	21
6.2 Trajetória de vida .....	22
6.3 A descoberta da doença .....	23
6.4 A família e o adoecimento .....	24
6.5 Experiência da doença e do tratamento .....	25
6.6 Repercussões da fadiga sobre a qualidade de vida .....	26
6.7 Estratégia de enfrentamento .....	29
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP .....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células malignas que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (BRASIL, 2017). A célula neoplásica utiliza-se de processos bioquímicos de forma desregulada e em momentos inoportunos, gerando uma proliferação descontrolada, permitindo assim que ocorram os demais processos envolvidos na carcinogênese (CAPONERO, 2008).

O câncer é um dos principais problemas de saúde em todo o mundo. Dentre os diversos tipos, o câncer de mama permanece como segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, correspondendo a aproximadamente 28% dos casos novos a cada ano. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. Quando o diagnóstico é feito de maneira precoce, aumentam-se as chances de cura (BRASIL, 2017).

Para o tratamento do câncer de mama tem-se a radioterapia (RT) e a cirurgia como modalidades de tratamento local; como terapêuticas sistêmicas temos a hormonioterapia (HT), a quimioterapia (QT) e a terapia alvo molecular. A QT pode ter finalidade curativa, quando é o tratamento definitivo específico para alguns tipos de tumores, ou paliativa, quando o objetivo do tratamento não é a cura, mas sim tratar e retardar os sintomas da doença, promovendo melhor qualidade de vida (QV) (SILVA; FONSECA; RODRIGUES, 2005; BONASSA; OLIVEIRA, 2012).

A QT pode ainda ser subdividida conforme a especificidade e momento da utilização. Assim, a QT neoadjuvante – empregada como primeira terapêutica – tem intenção de diminuir a área tumoral para uma cirurgia menos invasiva e mais conservadora, corroborar com a ação da RT, prevenir a ocorrência da disseminação da doença e verificar a sensibilidade do tumor aos quimioterápicos. A QT adjuvante, objetiva aumentar a chance de cura após procedimento cirúrgico ou RT, e é utilizada posteriormente a estes tratamentos (FONSECA et al., 2000; BONASSA; OLIVEIRA, 2012).

A maioria dos fármacos antineoplásicos atingem as células de rápida proliferação, sejam cancerosas ou normais, indiscriminadamente. Dessa forma, mesmo em doses terapêuticas, podem ocasionar efeitos colaterais nos seguimentos hematológico, gastrointestinal, cardiológico, hepatológico, respiratório, neurológico, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, dermatológicas, reações alérgicas,

anafilaxia, fadiga, dentre outras (BONASSA; MOLINA, 2012).

A fadiga relacionada ao câncer (FRC) é reportada por 50% a 90% dos pacientes no decorrer da doença, corroborando com pior desempenho nas atividades diárias (CURT, et al., 2000; WANG, et al., 2002). É descrita como um sofrimento persistente, uma sensação subjetiva de cansaço ou exaustão física, emocional e cognitiva, podendo estar relacionada ao câncer ou ao seu tratamento; não é proporcional às atividades realizadas e interfere na funcionalidade do indivíduo (NCCN, 2017).

A FRC é caracterizada por queixas como: falta de energia, cansaço, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, fraqueza, dispneia, dor, apatia, alteração no paladar, prurido, lentidão, irritabilidade, e perda de concentração, aumento dos sintomas físicos e sonolência, entre outros (NANDA, 2015).

A FRC pode ainda ser classificada como primária ou secundária. A primária é resultante da própria doença, fazendo parte do quadro clínico, sem influências de outros fatores que não são relacionados diretamente à doença, sendo relacionada ao próprio tumor, e ao aumento de citocinas pró-inflamatórias (KURZROCK, 2001). A fadiga secundária é resultante de síndromes concomitantes, comorbidades, ou ainda relacionado ao tratamento da doença de base, como à QT (RADBRUCH et al., 2008).

A fadiga secundária à quimioterapia (FSQ), segundo Bonassa e Santana (2005), afeta de 70 a 100% daqueles que são submetidos ao tratamento quimioterápico. No câncer de mama, aumenta significativamente durante os ciclos de QT, principalmente nos primeiros dias após a administração do quimioterápico; e é descrita como o sintoma mais angustiante associado ao câncer e à sua terapêutica (STONE, et al., 2000; TISHELMAN, et al., 2007).

A fadiga, relatada por muitas mulheres em tratamento para o câncer de mama, é referenciada como um sintoma que apresenta influência negativa na QV (FAN, et al., 2005). Uma das consequências produzidas pela fadiga é a limitação social e diminuição da autoestima, o que impacta na QV, reduzindo-a significativamente (MAGNUSSON, et al., 1999).

A Organização Mundial de Saúde (1995) define QV como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. No contexto da doença, o termo comumente empregado é Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que compreende aspectos mais amplos sobre saúde física, estado psicológico, nível de funcionalidade, e sociabilidade das relações com as características ambientais (BUETTO, 2014).

A QV ainda pode ser definida conforme o que cada pessoa considera primordial para

se viver bem, ou seja, sensação íntima de conforto, bem-estar ou satisfação no desempenho de suas funções físicas, psíquicas, intelectuais e sociais – dentro de sua realidade familiar, do seu ambiente de trabalho e dos valores empregados pela sociedade a que está integrada (NOBRE, 1995).

Durante o processo de adoecimento e tratamento – considerando suas fases e efeitos adversos – existe a construção, de forma singular, de um significado profundo e decisivo, norteando o comportamento, a sobrevivência e os novos hábitos de vida e de saúde adquiridos. Assim, a QV pode ser expressa e avaliada por cada pessoa, de acordo com as dificuldades impostas pela doença (NOBRE, 1995; TREZZA; SOARES; LEITE, 2009; CAMP-SORRELL, 2011; WARREN; MANDERSON, 2013).

Segundo Buetto (2014), a QV em pacientes oncológicos é uma preocupação crescente que direciona a equipe de saúde na tomada de decisões e intervenções na assistência à saúde, por dimensionar o quanto a vida do indivíduo é comprometida pelo adoecimento, incluindo as limitações físicas e/ou cognitivas e sua vulnerabilidade. Pacientes que não são orientados sobre o autocuidado por profissionais da saúde, durante o tratamento, tem a QV afetada de forma negativa.

Diante do exposto, observa-se a relevância de estudos que buscam compreender a experiência da mulher com câncer de mama em QT, que apresente a FSQ como reação adversa, e conhecer como esta reação tem repercutido na QV – do ponto de vista subjetivo de quem a vive – buscando subsídios para melhoria da assistência. Assim, verificou-se que muitos estudos de natureza quantitativa tem buscado quantitativamente mensurar e quantificar as interferências e alterações, porém, não possibilitam dar voz aos participantes, o que pode ser realizado por meio da abordagem qualitativa; proposta estabelecida para esta pesquisa.

## 2 JUSTIFICATIVA

Partindo do princípio que muitas pacientes diagnosticadas com câncer de mama serão submetidas à QT e, conseqüentemente, podem apresentar diferentes reações adversas – em variados graus de intensidade – é fundamental que a equipe de saúde seja capaz de prevenir e/ou identificar precocemente estas reações, instituindo planejamento com intervenções e manejo adequado, buscando assim melhores condições de enfrentamento e conseqüentemente da QV.

Dentre as reações adversas secundárias à QT, a FSQ tem sido considerada uma das piores reações, tanto referida pelas pacientes, quanto identificada em estudos científicos sendo, portanto, importante objeto de investigação.

Estudos que buscam compreender a experiência de pacientes submetidas à QT e suas repercussões sobre a QV, por meio de metodologias qualitativas ainda são escassos. Ao se aplicar instrumentos para mensurar a QV das pacientes, dissocia-se suas condições socioculturais e materiais. As escalas existentes para avaliação da QV não conseguem capturar os significados subjetivos, quando contrastado com seu estado emocional, estado de saúde, status econômico e capacidade física (HUNT, 1997). Logo, torna-se necessário compreender e interpretar a dimensão cultural da pessoa, que é constituída por suas motivações, valores e crenças (COSTA, et al., 2008).

A pesquisa qualitativa em saúde possibilita o desenvolvimento de conhecimentos subjetivos sobre o processo saúde e doença, que complementam os conhecimentos do modelo biomédico, oferecendo escuta compreensiva voltada às dificuldades decorrentes do tratamento (POPE; MAYS, 2009).

A compreensão da experiência e dos sentidos atribuídos pela participante possibilitará à equipe de saúde maior conhecimento sobre a condição estudada, viabilizando assim melhor planejamento e assistência de enfermagem qualificada, o que justifica a relevância desta investigação.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Identificar e compreender as repercussões FSQ na QV da paciente com câncer de mama.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Descrever, no contexto da pesquisa, as características socioculturais e clínicas da participante;

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

### **4.1 Antropologia médica e estudo de caso etnográfico**

Segundo Gualda (1998), quando tratamos de temas acerca do processo saúde doença, considerar as diferenças sociais e culturais, utilizando a antropologia, pode representar uma perspectiva complementar e enriquecedora. A abordagem antropológica permite uma nova construção de modelos saúde-doença que permitem a elucidação da dimensão da experiência (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Antropologia significa o estudo do homem; como uma ciência da humanidade, se preocupa em entender o homem em sua totalidade, avaliando os aspectos sociais, humanos e naturais (MARCONI; PRESSOTO, 2011).

A antropologia médica, proveniente da antropologia interpretativa, busca assimilar saúde e cultura, e tem por conceito a saúde como resultado da articulação entre o biológico e o cultural; ou seja, do ponto de vista antropológico, é vista como um produto determinado pela cultura (CAPRARA, 2003; LANGDON, 2003).

Por sua vez, a antropologia interpretativa busca compreender como as pessoas devem explicar as doenças e como ocorre o enfrentamento, de acordo com as diversidades entre os grupos sociais (HELMAN, 2003), o que justifica sua escolha como referencial metodológico para este estudo.

Dentre os diferentes métodos de pesquisa qualitativa, compatíveis com o referencial teórico da antropologia médica, encontra-se o método etnográfico. A etnografia consiste em uma descrição densa da realidade, que provém de manifestações e significados, que permite ao pesquisador esclarecer e interpretar os sentidos de um determinado contexto cultural, viabilizando que outros também aprendam sobre o fenômeno estudado (GEERTZ, 1989).

Além disso, a etnografia possibilita compreender e apreender o mundo simbólico no qual as pessoas vivem; permite ainda ver as coisas da maneira como elas veem, para então captar os sentidos que atribuem, tornando suas experiências significativas (POPE; MAYS, 2009). É por meio dos recursos etnográficos que o pesquisador tem acesso à experiência dos seus participantes e conseguem compreender os sentidos que atribuem a ela.

A inserção do pesquisador no contexto da pesquisa e posterior observação participante, anotações em diário de campo, além da coleta de informações obtidas em entrevistas, seguidos de uma descrição densa, são os principais recursos que compõem este método (MATTOS, 2001; MAGNANI, 2002).

Entrevistas semiestruturadas, utilizadas para coleta de dados neste estudo, são compostas por um roteiro de questões abertas que devem ser flexibilizadas em sua apresentação, de forma que o entrevistador possa realizar perguntas complementares para melhor explorar o fenômeno em pauta (MANZINI, 2012). Através das informações coletadas é possível interpretar os fatos, à luz do referencial teórico definido e, dessa forma, unir compreensões populares ao saber científico (POPE; MAYS, 2009).

Neste estudo, foram utilizados os recursos da entrevista semiestruturada e o registro em diário de campo para a coleta de dados, sendo complementada a coleta com as informações provenientes do prontuário, registrado em instrumento construído para este fim buscando a caracterização sócio demográfica e clínica da participante.

## 5 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

### 5.1 Seleção da participante do estudo

Para seleção da participante, a aluna pesquisadora frequentou o serviço de oncologia vinculado a um Hospital Universitário e participou de consultas de enfermagem realizadas pela equipe de um Projeto de Extensão que presta assistência à mulheres com câncer de mama em QT.

A participação nesse projeto de extensão possibilitou a realização de busca ativa por uma paciente que se enquadrasse nos critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa. Tal busca foi iniciada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).

Os critérios utilizados para a seleção da participante deste estudo foram: mulher maior de 18 anos, com capacidade cognitiva preservada, residente em um município sede da pesquisa e da instituição de assistência, com diagnóstico de câncer de mama não metastático, ciente do seu diagnóstico, em tratamento quimioterápico endovenoso exclusivo, com o primeiro ciclo já realizado, sendo identificada FSQ e que apresentasse interesse formal em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Existem hoje vários instrumentos para identificação da fadiga, como o pictograma de fadiga (MOTA; PIMENTA; FITCH, 2009), as características definidoras de fadiga abordada no livro de Diagnósticos de Enfermagem da Nanda (2015), bem como pelo relato verbal das pacientes. Optamos pela opção sugerida pela Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2010), que nos pareceu de fácil utilização e já estava validada para utilização. A identificação é realizada por meio da aplicação de três perguntas de forma sequencial; que se respondidas de maneira afirmativa caracterizam a presença de fadiga:

1. Você se sente cansado?
2. Esse cansaço melhora quando descansa ou dorme?
3. Esse cansaço te impede de fazer o que você costuma fazer?

Após a aplicação das perguntas acima e, conseqüentemente identificação da FSQ, a paciente foi convidada a participar, sendo realizada primeiramente a apresentação da justificativa, objetivos e método deste estudo, bem como forma de participação; mediante aceite verbal procedemos à assinatura do TCLE.

## 5.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado no setor de Oncologia de um Hospital Universitário do Estado de Minas Gerais e no domicílio da participante.

## 5.3 Coleta de dados

As visitas ao domicílio da paciente foram agendadas com antecedência, por meio de ligações telefônicas ou mensagens de texto via aplicativo de celular; conforme disponibilidade da participante. A participante sempre foi receptiva e disponível para receber a pesquisadora em sua casa. A primeira visita foi agendada dez dias após a assinatura do TCLE.

Foram realizadas 4 entrevistas no domicílio da participante, nos dias 21/11/2016, 05/01/2017, 17/02/2017 e 19/04/2017, com duração de aproximadamente 25 minutos cada. As quatro entrevistas, o acompanhamento ambulatorial durante o tratamento e os registros no diário de campo foram suficientes para responder aos objetivos estabelecidos para este estudo, conforme o critério de saturação de dados para estudos qualitativos desta natureza (CORBIN; STRAUSS, 2014).

As questões norteadoras utilizadas no desenvolvimento das entrevistas foram: “Como tem sido a experiência da QT para você?”, “Poderia me falar o que considera ser fadiga?”, “Conte-me o que você tem feito para tentar melhorar a fadiga?”, “Poderia me dizer o que é qualidade de vida para você?”, “A fadiga tem interferido em sua qualidade de vida?”.

As perguntas do roteiro semiestruturado foram utilizadas para direcionar a entrevista, conforme o andamento; a participante era livre para respondê-las. Conforme necessidade de retomada do assunto em pauta – para explorar informações não claramente expostas ou que pudessem enriquecer o conjunto de informações relatadas – questões complementares foram elaboradas.

As entrevistas foram áudio-gravadas utilizando recurso do celular, a fim de manter a integridade das falas, sendo transcritas imediatamente após sua realização pela aluna pesquisadora; foram salvas em arquivos específicos de computador, e não foram apagadas até a finalização da pesquisa. Registros adicionais foram realizados no diário de campo após a finalização de cada entrevista.

## 5.4 Considerações éticas

Este projeto foi aprovado pelo CEP (por meio de cadastro na Plataforma Brasil). Respeitando os princípios éticos que regem as pesquisas envolvendo a participação de seres humanos, foi submetido para análise e recebeu parecer favorável do CEP da Universidade Federal de Uberlândia, sendo aprovado em 16/12/2015 sob número do parecer: CAAE 1.372.174.

Foi solicitada à participante desta pesquisa, a assinatura do TCLE – Apêndice A – em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi mantido o anonimato, utilizando pseudônimo para a identificação, escolhido pela própria participante. Os resultados poderão ser publicados e ainda assim será garantido sigilo na identificação da participante desta pesquisa.

## 5.5 Análises dos dados

Para análise dos dados coletados procedemos a Análise Temática (AT). Este é um método de análise muito utilizado, devido às suas particularidades para análises qualitativas, pois é um método flexível e compatível com a abordagem essencialista (hermenêutico/fenomenológico) ou também chamada de realista, que tem por objetivo abordar experiências, significados e a realidade em que a participante está inserida. É utilizada para elucidar os padrões por temas. Busca organizar e descrever os dados em detalhes e interpretar os diversos aspectos do foco de pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2006.).

Na AT temos o modelo indutivo, no qual os temas a serem explorados são extraídos dos dados obtidos e podem ter pouca relação com as questões norteadoras que foram direcionadas à participante da pesquisa. Eles são direcionados e embasados pelos próprios dados obtidos que devem seguir os pressupostos teóricos e epistemológicos do pesquisador (BRAUN; CLARKE, 2006).

Para realizar Análise Temática Indutiva (ATI) não existem regras, mas é necessário que alguns preceitos básicos sejam seguidos. Braun e Clark (2006) sugerem seis etapas – as quais foram seguidas para a análise dos dados deste trabalho – para garantir o sucesso e a qualidade da AT:

1 - Transcrição dos dados verbais: É recomendado que os dados sejam coletados e transcritos pelo próprio analista, para promover a apreensão sobre eles e provocar interesse ou ideias analíticas prévias, embora não seja obrigatório. É preciso que o analista se aprofunde

no assunto através de leitura ativa para a formação de significado e padrões, permitindo que uma base sólida seja construída para a análise. É importante que as ideias para codificação sejam anotadas, para que quando a codificação formal acontecer, o analista já esteja preparado.

2 - Geração dos códigos iniciais: Esta fase deve iniciar após a familiarização com os dados. Um código é o segmento mais básico de um dado, que pode ser acessado e que está relacionado ao fenômeno. Podemos dizer que a codificação dos dados, seria o mesmo que a organização dos dados em grupos. Esta fase pode ser feita manualmente ou por um software. Os códigos podem ser destacados com cores por exemplo.

3 - Busca por temas: A busca por temas deve iniciar após todos os dados devidamente codificados. Os extratos devem ser reunidos para que seja possível a formação de temas. Diferentes códigos podem ser agrupados para formar um tema. O analista pode então começar a pensar na relação dos códigos, nos diferentes temas, facilitando a identificação de subtemas. Nesta fase o analista deve ter os possíveis temas, subtemas e visão individual de cada um, podendo refiná-los, separá-los ou descartá-los.

4 - Revisão dos temas: É a revisão e refinamento dos temas provisórios. Pode acontecer a integração, separação ou identificação de temas que não são temas reais. Para julgar as categorias temáticas deve haver homogeneidade interna e externa. Os dados de cada tema devem ser coerentes entre si, e deve ser clara a distinção entre os temas. Nesta fase, o analista deve ter uma boa apreensão da diferença entre os temas, como eles se integram e o que contam sobre os dados.

5 - Definição e nomeação dos temas: Nesse passo o analista define e redefine o que deve ser analisado, descrito e identificado para que não haja sobreposição entre os temas. É necessário identificar se há ou não subtemas. Os nomes dos temas devem apresentar para o leitor o sentido abordado.

6 - Produção do relatório: Esse passo só é iniciado após todos os temas estarem elaborados e marca a análise final e redação do relatório.

Conforme estabelecido por Braun e Clark (2006), procedemos à análise dos dados, seguindo os passos descritos pelos autores:

Após cada entrevistas, foi realizada transcrição seguida de várias leituras do material produzido, e posteriormente a codificação, ou seja, uma organização inicial dos dados em grupos, sendo observadas questões semânticas e de similaridade, destacando palavras e/ou trechos das entrevistas que se mostravam significativos em relação aos objetivos propostos para o estudo. Mediante a codificação das quatro entrevistas, buscamos identificar possíveis

temas e subtemas, que representassem as diferentes etapas da trajetória de vida e do adoecimento, desde os primeiros sintomas, diagnóstico, tratamento e suas repercussões na qualidade de vida de Esmeralda. Os temas e subtemas foram exaustivamente analisados e várias vezes agrupados e reagrupados esses códigos e temas, permitindo assim melhor compreensão de cada um deles.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Quem é Esmeralda?

A participante, aqui nomeada Esmeralda, tem 51 anos, divorciada, branca, católica, natural da região do Triângulo Mineiro, reside no município de realização desse estudo há 46 anos. Relata que seus hábitos de vida sempre foram saudáveis; tem uma alimentação equilibrada, realizava atividade física antes da descoberta da doença, nunca fumou e ingeria bebida alcoólica socialmente; teve sua menarca aos 12 anos, menopausa aos 48, e fez uso de anticoncepcional por 25 anos.

Possui formação técnica em prótese dentária, porém não atua na área. Atualmente, é empresária do ramo de equipamentos para academia, e possui uma academia na cidade em que reside. Possui uma renda familiar de R\$3.200,00 e, dessa forma, enquadra-se no estrato B2 da população brasileira, segundo o Critério de Classificação por Renda Média Domiciliar da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2016).

Sua principal referência familiar é sua mãe e seus irmãos, tendo em vista que seu pai faleceu em 2008, após sofrer uma queda. Possui dois filhos: um rapaz de 16 anos e uma garota de 12 anos. Esmeralda e os filhos moram em um flat residencial de localização privilegiada na cidade, com boa estrutura física, com acesso à água encanada, rede de esgoto, coleta de lixo e energia elétrica. No momento, a residência é de propriedade dos filhos, pois pertencia ao pai.

*“O papai era muito lúcido... depois da queda ele ficou um tempo na UTI e morreu em agosto de 2008. O único problema que ele tinha era um pouco da perda da visão pelo glaucoma.”* (Nota em diário de campo).

Esmeralda foi casada por 8 anos; casamento do qual não teve filhos. Após se divorciar do primeiro marido, namorou com o pai de seus filhos por 4 anos. O pai de seus filhos se envolveu em acidente automobilístico em 2015, falecendo em decorrência deste acidente, conforme relato da participante:

*“[...] hoje eu cuido sozinha deles, eles perderam o pai tem um ano e meio, mais ou menos. Nós não morávamos juntos, já éramos separados, mas tínhamos uma vida normal, sem problemas digamos assim [...]”* (Entrevista de 21/11/2016).

## 6.2 Trajetória de vida

Terceira filha entre 4 irmãos, Esmeralda foi a primeira pessoa da família a ser acometida pelo câncer. Mudou-se para a cidade onde reside atualmente aos 5 anos de idade. Trabalha desde os 16 anos; antes de ter formação em próteses dentárias, trabalhava como recepcionista em academias.

Relata receber ajuda e total apoio de sua mãe; que está com 78 anos, é saudável e mora sozinha. Também refere apoio de seus irmãos para enfrentar o tratamento. O relacionamento familiar é considerado bom por Esmeralda, e sem conflitos. Apenas um de seus irmãos mora na mesma cidade, os outros moram em outras cidades e por isso não têm tanta proximidade, mas sempre que possível, se reúnem.

Esmeralda e o ex-companheiro – pai de seus filhos – nunca viveram juntos e, mesmo após o término do relacionamento, possuíam boa convivência, segundo relatos da própria participante, ele sempre a ajudou com os filhos. Ela o descreve como atencioso e relata que se preocupava com o lazer e educação das crianças, estando sempre presente na vida deles. Esmeralda relata que a forma como o ex-companheiro levava a vida não a agradava, era uma pessoa ambiciosa e supervaloriza bens materiais (Notas do diário de campo).

Após o falecimento do pai de seus filhos, Esmeralda parou de trabalhar em sua área de formação e deu continuidade aos negócios do ex-companheiro, que passaram a ser dos seus filhos por herança – uma fábrica de equipamentos para academia e uma academia. O surgimento da doença não interrompeu suas atividades de trabalho.

Esmeralda, em suas horas vagas, sempre gostou de ficar em casa, pois enquanto se relacionou com o pai dos seus filhos, era ele quem se responsabilizava pelo lazer das crianças. Após o falecimento do ex-companheiro, a responsabilidade sobre todos os aspectos da vida dos filhos, passou a ser dela, que agora procura realizar atividades que lhes proporcionem prazer, e que não lhe exija grandes esforços; conta com total apoio dos filhos.

A participante relata que as mudanças ocorridas recentemente em sua vida foram impactantes:

*“[...] ano retrasado, que foi o ano que o pai dos meus filhos faleceu, eu mudei minha vida radicalmente, eu trabalhava... eu sou técnica em prótese dentária, larguei a prótese para cuidar dos negócios que passou a ser dos meus filhos né? Até eu ver como fica a situação de tudo” (Entrevista de 21/11/ 2016).*

Esmeralda considerou que as experiências pelas quais passou, foram uma fonte de aprendizado; e que outras coisas, além de bens materiais, devem ser valorizadas:

*“Na realidade a gente passa por muitas coisas na vida, e você tem que ir aprendendo com isso. Dessa vida a gente não leva nada material. Se você não aproveitar o que você tem perto de você, dar valor nas poucas coisas que você tem, o muito, você não vai levar”* (Entrevista de 05/01 2017).

### 6.3 A descoberta da doença

Antes de descobrir o câncer, Esmeralda realizava acompanhamento de um cisto na mama direita há dois anos; os exames eram feitos anualmente. No final de 2015, notou que as características do cisto, à palpação, haviam mudado; refere que percebeu crescimento e endurecimento. Inicialmente, relacionou à alteração ao seu aumento de peso – que atribuiu à mudança de hábitos de vida, pela falta de tempo para manter as atividades físicas e se alimentar corretamente. Assim, resolveu esperar até o ano seguinte, quando realizaria os exames de rotina anuais. Em março de 2016, quando relatou ao médico as alterações percebidas no cisto, foi solicitada biópsia imediatamente. O resultado do exame histopatológico, disponibilizado em junho/2016, evidenciou neoplasia de mama: ou seja, o câncer.

O tipo histológico foi carcinoma ductal infiltrante, que é comum a 70% dos diagnósticos de câncer de mama e é definido como uma neoplasia epitelial mamária invasiva que não possui características que o agrupe em nenhum tipo especial (OMS, 2003); grau II, Her2 positivo é uma proteína expressa pela célula e quando ativada, desencadeia processo molecular implicado com processo mitótico e sua presença de forma aumentada está relacionada a maior agressividade do tumor (PASCALICCHIO, PIATO, 2001; SLAMON, 1987) receptor de estrógeno positivo em 30%, receptor de progesterona positivo em 5% - e o estadiamento, segundo a classificação TNM, é T2N0M0 (SOBIN; FLEMING, 1997).

Por realizar os exames preventivos anualmente, após receber a notícia de seu médico, não quis acreditar no diagnóstico; preferiu acreditar que houve erro médico:

*“Porque na realidade eu não achava que fosse, porque eu estava acompanhando, eu estava seguindo o tratamento certinho, todo ano eu ia, fazia mamografia, fazia ultrassom e confirmava que era o cisto, né? Então eu achava que o médico tinha enganado, porque tinha que ser o cisto!”* (Entrevista de 21/11/2016).

Passado alguns dias, quando se conscientizou que realmente estava com câncer, chorou por um dia, no conforto dos braços da mãe:

*“chorei no colo da mamãe, e no dia seguinte, eu fui lá consolar ela (risos)”*

(Entrevista de 21/11/2016).

Após esse período, decidi que deveria seguir em frente:

*“e... com o descobrimento, vamos tratar né [...]”* (Entrevista de 21/11/2016).

Quando questionada sobre o significado do câncer para ela, disse:

*“Pra mim eu acho que é uma doença... não vou falar que é como qualquer outra, porque o tratamento é bem agressivo, mas é uma doença que qualquer pessoa pode ter”* (Entrevista de 05/01/2016).

Sem antecedentes familiares para o câncer de mama, relata não ficar se questionando sobre o motivo de estar doente. Esmeralda acredita que seria algo que ela teria que passar ou, já teria uma predisposição, e que o estado espiritual e emocional podem influenciar no surgimento da doença. Porém, em seu discurso, refere que mesmo com toda a mudança sofrida no último ano, não considerava a possibilidade destas terem influenciado no surgimento da doença:

*“[...] ano retrasado, que foi o ano que o pai dos meus filhos faleceu, eu mudei minha vida radicalmente [...] foi uma mudança bem radical na minha vida, mas... não acho que seja a causa não”* (Entrevista de 21/11/ 2016).

*“Ah eu acho que como qualquer outra passagem na sua vida, você tem que aprender alguma coisa com isso né, [...], pra mim essa é uma doença como qualquer outra que eu deveria, teria que passar por ela por algum motivo, uma coisa que eu já tinha... uma predisposição a ter. Dizem que o emocional e o estado espiritual contam muito; às vezes sim, não vou te falar que eu não acho que esse seja meu caso.”* (Entrevista de 21/11/2016).

#### **6.4 A família e o adoecimento**

Esmeralda sempre esclareceu à família sobre a doença e, mesmo com o choque dia em que recebeu o diagnóstico, não se deixou abater e encarou a situação; porém decidiu dar a notícia de maneira mais cautelosa para seus filhos – por serem adolescentes e por estarem em um momento delicado, tendo em vista que há um ano e meio haviam perdido o pai – mas, sua comunicação nunca escondeu a realidade:

*“Na realidade (risos), eu fui jogando a coisa assim de uma maneira... porque eu sou muito tranquila, então eu não cheguei pra eles e falei: Olha eu “tô” com câncer, que vou fazer isso... Não! [...]É um tratamento agressivo, a gente vai ficar meio*

*debilitada... conversei. Depois de um tempo aí eu fui jogando. Porque meu menino de 16 entende? Mas a minha menina, como ela é muito amorosa, eu fiquei com um pouquinho mais de receio dela. [...]Aí quando eu vi que os cabelos realmente iam cair, falei pra ela, falei: ó os cabelos da mamãe vão cair [...].” (Entrevista de 21/11/2016).*

As principais pessoas envolvidas com o tratamento foram seus filhos, sua mãe e uma cunhada que sempre a acompanhava nos dias de realização da QT. Eles sempre estiveram presentes em todo do tratamento.

Esmeralda relata que, além do apoio dos familiares, sempre teve fé em Deus. Sempre atribuiu sua fé a Deus, mas, também manifesta confiança nos profissionais de saúde envolvidos em sua recuperação, no tratamento realizado e em si mesma; o que lhe deu forças para encarar e acreditar que ficaria bem.

Esmeralda não soube relatar sobre sua fé; expôs sua crença em Deus como sua fonte de confiança; uma integração de pensamentos positivos:

*“Não sei te especificar minha fé, porque igual eu te falei eu não sou aquele tipo de pessoa que vai na igreja [...], fé em Deus porque Ele é o Ser Maior, sem Ele a gente não faz nada! (Tem que ter) fé em tudo aquilo que está acontecendo, que vai dar certo” (Entrevista de 05/01/2017).*

## **6.5 Experiência da doença e do tratamento**

Esmeralda não se sentia doente – apesar de estar consciente do diagnóstico de câncer de mama – e utilizava esse argumento para responder a quase todos os questionamentos acerca das alterações vividas, em relação à doença e ao tratamento:

*“Eu não estou me sentindo doente, acho que isso resume tudo, entendeu? Eu não estou me sentindo doente” (Entrevista de 21/11/2016).*

Inicialmente, o plano de tratamento estabelecido foi realizar cirurgia e em seguida, QT, RT e HT consecutivamente; porém, após reavaliação médica, o planejamento foi modificado, sendo realizada QT neoadjuvante, cirurgia e após a recuperação cirúrgica, avaliação para início de RT e HT.

O plano de tratamento quimioterápico estabelecido foi: 4 ciclos de Doxorubicina e Ciclofosfamida, a cada 21 dias, seguidos de 4 ciclos de Paclitaxel, administrados semanalmente – a cada três semanas era contabilizado 1 ciclo, totalizando 12 semanas. O tratamento quimioterápico foi iniciado em 27/09/2016.

As mudanças ocorridas na vida de Esmeralda, durante a fase do tratamento

quimioterápico, foram principalmente decorrentes do tratamento e seus efeitos adversos. Os principais efeitos adversos relatados por Esmeralda e verificados em prontuário foram: alteração no paladar (disgeusia), boca seca (xerostomia), ir mais vezes ao banheiro (diurese aumentada), lentidão no raciocínio, diminuição na concentração, queda dos cabelos (alopecia), aumento de peso e FSQ.

A lentidão no raciocínio e diminuição na concentração, exigiram que Esmeralda modificasse sua rotina, conforme pode ser verificado neste trecho de entrevista:

*“[...] eu não cheguei a falar assim: ‘isso atrapalhou minha vida’, não. Eu percebi que aconteceu isso, mas nada que falasse: ‘ah, agora tenho que parar de trabalhar porque não estou conseguindo raciocinar’ não [...]. Me deu uma freada.”* (Entrevista de 19/04/2017).

Em relação à autoimagem, referiu que as mudanças sofridas durante o tratamento, como alopecia, aumento do peso, dentre outras, incomodavam mais aos outros, do que a ela mesma. Apesar do incômodo, Esmeralda se adaptou à estas alterações. Não considerou que afetaram sua QV:

*“Hoje eu estou acima do meu peso, estou sem cabelo... Não que isso me deprima, mas eu sou realista entendeu? Eu sou realista. Minha imagem mudou; lógico que ela vai voltar a ser o que era antes, ou melhor as vezes né? Mas hoje minha realidade é essa.”* (Entrevista de 05/01/2017).

*“Eu não deixo de fazer nada porque alterou minha imagem. Se eu tiver que ir ao shopping, eu vou. Se eu tiver... igual final de ano passei o Natal na casa da minha mãe, fui e fiquei com todo mundo [...].”* (Entrevista de 05/01/2017).

Após o término da QT, Esmeralda foi submetida à cirurgia conservadora em 24/04/2017, sem intercorrências que fossem relatadas ou que pudessem prejudicar o seguimento da proposta de tratamento. Em 08/05/2017, iniciou o tratamento com um anti-hormônio (Anastrozol 1mg), na dosagem de 1 comprimido por dia, que irá utilizar por 5 ou 10 anos – a ser avaliado pela equipe médica nas consultas de acompanhamento.

No dia 30/05/2017 passou por avaliação da equipe médica de RT, que estabeleceu um plano de tratamento radioterápico de 30 sessões, podendo ter acréscimo conforme avaliação médica.

## **6.6 Repercussões da fadiga sobre a qualidade de vida**

A principal alteração durante o tratamento quimioterápico, referida por Esmeralda, foi a FSQ. Esta reação, segundo a participante, lhe debilitava, impedindo-a de manter sua rotina

de trabalho.

Para compreender melhor o seu posicionamento frente a fadiga, Esmeralda foi questionada a respeito do que considerava ser um conceito de fadiga:

*“Eu achava anteriormente que a fadiga seria cansaço com uma falta de ar, que realmente você ficava é... muito, muito, muito cansada e com essa falta de ar. [...] no meu caso foi um excesso de cansaço mesmo... um excesso, do corpo não responder aquilo que você quer fazer, aquela falta de energia para fazer as coisas.”* (Entrevista de 19/04/2017).

Os dois tipos de esquemas quimioterápicos utilizados no tratamento, levaram Esmeralda a experimentar a FSQ em diferentes intensidades. Na primeira etapa do tratamento quimioterápico, realizado com esquema composto por doxorubicina e ciclofosfamida, Esmeralda relatou que apresentou maior intensidade de fadiga nos dois primeiros dias pós QT. Na segunda etapa, em que foi administrado o paclitaxel, Esmeralda considerou que a FSQ provocava menor repercussão sobre suas condições físicas – pois apresentava menor intensidade – a debilitava por um curto período (metade de um dia), mas, devido a administração semanal, tinha maior frequência, quando comparada à fadiga secundária pela doxorubicina e ciclofosfamida (informação colhida no prontuário da paciente em anotação da consulta de enfermagem):

*“[...] nas primeiras quimioterapias, que foi a vermelha (AC), eram dois dias, dois dias cansados, no terceiro dia já ia trabalhar e ficava tranquilo. Só que como era de 21 em 21 dias né, então foi tranquilo de levar. Já na branca (Paclitaxel) que era semanal, o cansaço era um pouco menor, não cheguei a ficar dois dias na semana cansada não, era um dia... meio dia mais cansada! Eu vi que a tal da fadiga foi um pouco menor, mas toda semana né, toda semana tinha um dia que estava mais fadigada, um pouquinho mais cansada; mas percebi que era com menos intensidade que a vermelha (Doxorubicina e Ciclofosfamida), bem menos intensidade!”* (Entrevista de 19/04/2017)

A diminuição da energia, ao longo do tratamento, foi algo que lhe causou incômodo e impactou diretamente na realização de suas atividades:

*“Você vai sentindo que o corpo já não reage mais igual reagia antes, você já não consegue mais fazer as coisas com tanta agilidade como você fazia.”* (Entrevista de 19/04/2017).

Apesar das consequências físicas serem ruins para sua condição em realizar suas atividades diárias, Esmeralda compreendeu a fadiga como algo positivo para sua vida, algo que lhe fez reprogramar a rotina e respeitar seus limites; o que antes do tratamento não existia, pois tinha uma vida completamente agitada e sem programação. O entendimento sobre sua

condição física lhe permitiu refletir, melhorando a forma de se alimentar, prática de repouso, etc:

*“Foi até bom né, porque eu dei uma freada, eu estava atropelando tudo, eu dei uma freada”* (Entrevista de 19/04/2017).

Dos efeitos adversos decorrentes da QT, a FSQ foi uma das que mais exigiu mudanças no dia a dia de Esmeralda – fez com que ela repensasse as atividades a serem desenvolvidas, observando as necessidades e limites de seu corpo – pois a falta de energia exigiu maior descanso:

*“O dia que eu trabalho de manhã, aí eu chego a tarde, almoço... como minha mãe tá aí, eu dou aquela dormidinha, dou aquela descansada para depois estar saindo de novo.”* (Entrevista de 17/02/2017).

*“[...] Eu não sei se amanhã eu vou estar mais fadigada, então eu já vou planejando as coisas antes de fazer; porque como o raciocínio, o corpo também fica mais lento, porque não adianta falar que você tem o mesmo pique porque não tem! O corpo ficou mais lento, o raciocínio ficou mais lento e eu estou me adaptando a isso.”* (Entrevista de 17/02/2017).

Na tentativa de entender se a QT repercutiu negativamente na QV de Esmeralda, indagamos sobre o conceito de QV. Analisando os discursos da participante, foi verificado que não houve uma definição, mas uma exposição do que considerava importante para ter uma boa QV.

Para ela, a QV é algo muito particular, sendo que o principal seria ter saúde e paz, para ela e sua família; dinheiro suficiente para o pagamento das despesas e para manter uma vida tranquila, e estar bem consigo mesma e em contato com Deus:

*“Estar com a minha família, a gente tendo condição de estar sempre junto, principalmente com meus filhos; é... não abro mão de certas coisinhas em casa, tipo sentar à mesa pra gente alimentar quanto está todo mundo junto [...]. A condição econômica não tem jeito né, você tá tendo uma condição de vida razoável, não vou falar que precisa de uma excelente condição econômica mais, alguma coisa que não te incomode tanto, que você tenha que preocupar tanto com a sua condição econômica. [...] Mas final de semana com os meus filhos, com aquilo que a gente pode estar juntos e aproveitando [...] Você tem que ter paz, ter tranquilidade... eu não falo aquela paz da pessoa falar assim: ‘nossa tudo dá certo eu estou em paz!’ Porque nem sempre tudo tá dando certo, quando você está com algum problema, você conseguir estar tranquila, resolver aquilo, não deixar que aquilo atrapalhe sua vida, tanto familiar quanto no trabalho[...].”* (Entrevista de 17/02/2017).

Assim, verificamos que a participante acreditava que fazer aquilo que gostava, seria importante para manter a QV. Também relatou a importância de uma boa alimentação e uma boa conduta pessoal, proporcionando uma consciência tranquila, voltadas ao autocuidado:

*“[...] Eu estou fazendo um tratamento que eu acredito que vai dar certo, tenho meu trabalho, tenho minha família. Pra mim é uma boa qualidade de vida. Me alimento bem, não sou exagerada com muita coisa. Isso pra mim é qualidade de vida. Ponho minha cabecinha no travesseiro e durmo tranquila. Agora pra muita gente isso não é né? Então a questão de qualidade de vida é complicado.”* (Entrevista de 05/01/2017)

Para Esmeralda, o valor depositado nos detalhes do dia a dia, estaria intrinsicamente ligado ao que considera como QV. Estar na companhia dos filhos para tomarem juntos o café da manhã, assim como ter bom diálogo, são exemplos do que Esmeralda atribuiu muito valor.

Segundo Esmeralda, o dinheiro, relacionado à boa QV, tem a função de realizar o pagamento de suas contas ao final do mês, sendo este um fator que auxilia no seu bem-estar; assim, considera esta como uma preocupação menor, diante das tantas existentes.

Outro sentimento que a participante relaciona à QV é a felicidade; relata não se queixar por tudo que lhe aconteceu, não reclama das condições a que foi submetida e encara as situações de forma positiva. Procura a resolutividade de seus problemas, se adaptando à eles, como pode ser observado no trecho a seguir:

*“Eu não sou muito de reclamar. Então eu costumo me adaptar bem as coisas. Está sem dinheiro? Então vamos fazer alguma coisa pra melhora. Tem dinheiro? Então vamos fazer alguma coisa pra ficar bem também.”* (Entrevista de 05/01/2017).

Classificou sua QV como boa e fez uma comparação com o período que antecedeu ao tratamento. Reafirmou que não ocorreram mudanças significativas em sua vida, negando assim a ocorrência de prejuízos relacionados à QV; apesar desta afirmação, quando enfatizada as implicações da FSQ em sua QV, relata que no decorrer do tratamento quimioterápico, alguns dias foram muito difíceis. Eram dias específicos (dependendo do esquema quimioterápico em uso) em que surgiram sintomas como falta de energia, cansaço e falta de ânimo para realizar as atividades do dia-a-dia, se tornando tão intensos, a ponto de não sentir vontade de sair até mesmo da cama, limitando algumas de suas atividades domésticas e também profissionais. (Nota em diário de campo).

## **6.7 Estratégia de enfrentamento**

Esmeralda relata ter enfrentado positivamente o tratamento. Quando questionada sobre esta motivação, não soube especificar se seria por ela própria, por seus filhos, ou por sua mãe:

*“[Estou] Ótima comigo mesma. Estou muito bem. As vezes até eu assusto de como eu estou levando a situação. Não sei se é por mim mesma ou se é pelas pessoas à minha volta, minha mãe, meus filhos né... mas eu estou ótima!”* (Entrevista de 17/02/2017).

O tempo de descanso que os efeitos adversos do tratamento exigiam e a mudança da autoimagem causaram modificações em sua rotina:

*“A minha vida com relação à doença, não mudou. Mudou a questão do tratamento. Eu tenho que me reservar mais alguns dias, lógico! [...] Não gosto de estar careca, mas já que estou, vamos levando a vida.”* (Entrevista de 05/01/2017).

Não observamos Esmeralda se lamentando pela doença e nem desejando ser vista como doente. Em sua forma de pensar, considerava que as pessoas somente reconhecem a pessoa adoecida pela alteração presente em sua imagem corporal:

*“[...] hoje eu não fico me lamentando pelos cantos, não fico perguntando para Deus porque?... entendeu? Porque se você for parar para ficar se lamentando... as pessoas riem de mim e falam assim: nossa mais você está trabalhando? Mas eu não estou doente! Eu não estou me sentindo doente, acho que isso resume tudo, entendeu.”* (Entrevista de 21/11/2016)

*“Acho que do jeito que eu ajo com as coisas, não deixo que ninguém tenha dó de mim.”* (Entrevista de 17/02/2017).

O fato de trabalhar na recepção da academia foi considerado por Esmeralda como favorável, devido ao menor desgaste físico, uma vez que permanecia a maior parte do tempo sentada. Esmeralda acreditava que conseguir trabalhar, fazia com que as pessoas enxergassem que ela estava bem, mesmo sendo submetida a um tratamento agressivo, como a QT:

*“Mas o meu trabalho não é um trabalho cansativo. Então por isso que eu acho que me favorece. Agora eu não sei, se de repente é uma pessoa que faz uma faxina, ela não vai conseguir trabalhar, porque realmente não consegue. A pessoa que trabalha na rua, no sol, não vai conseguir. Eu sei que é diferenciado disso aí, por isso que eu faço.”* (Entrevista de 17/02/2017).

Mesmo com menor desgaste físico, nas novas condições e atividades de trabalho, passaram a exigir mais atenção:

*“[...] eu trabalho muito com a cabeça né. Você tem que estar olhando tudo né... Então como ficou um pouco mais de vagar eu percebi que muita coisa eu tinha eu pensar direitinho”* (Entrevista de 19/04/2017).

Para lidar com essa situação, Esmeralda buscou em seu repertório cultural uma estratégia que a ajudasse a lidar com essas novas necessidades; compreendeu que respeitar os limites do corpo, poupando-se física e mentalmente nos dias em que as reações adversas eram piores seria o melhor recurso e após melhorar, também considerava ser adequado manter-se ativa; por isso, buscava retomar sua rotina habitual.

Para Esmeralda, ir trabalhar, mesmo desmotivada, seria uma boa estratégia para passar o dia e sentir-se mais disposta. Devido ao movimento na academia, e presença de pessoas circulando e conversando – o ambiente proporcionava boa distração. Quando percebia que não estava bem, retornava para casa (Nota em diário de campo).

*“E lá [em seu trabalho], parece que o tempo até passa mais rápido. Porque um chega e conversa, o outro chega e brinca, o outro chega e anima com outra coisa.”* (Entrevista de 17/02/2017).

*“Se você for escutar que seu corpo tá cansado e tá fadigado você não faz nada. Tinha dias até que eu saía de casa e falava assim: “Hoje, como será é que eu estou?”. Saí... meu trabalho não é pesado, mas aí você sai, você conversa com um, fala com outro e tal. Mas se você ficar em casa, você tá deitado. Você não anima a fazer muita coisa mesmo não.”* (Entrevista de 19/04/2017)

O repouso foi a principal estratégia escolhida por Esmeralda para amenizar a fadiga; após os dias críticos, manteve condutas que favoreciam seu bem estar. O descanso após o almoço, a escolha de horários em que a temperatura estava mais amena foram utilizados como recursos para resolver seus problemas fora de casa ou da academia. Através destas escolhas, Esmeralda buscava evitar a fadiga e manter seu corpo mais saudável e fortalecido durante o tratamento. Após os períodos de descanso, relatava restauração completa do cansaço, ainda que esta condição fosse passageira:

*“[...] aí eu chegava almoçava dava aquela descansada, tinha dia que dormia, tinha dia que não dormia porque eu não sou de dormir durante o dia, e tinha dias até que eu estava um pouco mais cansada, dormia [...].”* (Entrevista de 19/04/2017).

*“Assim, não fadigada, mas cansada.”* (Entrevista de 19/04/2017).

Em diversos momentos, no decorrer do tratamento, apresentou outras reações adversas, que também são esperadas e frequentemente têm sido relatadas pelos pacientes submetidos à QT. As principais reações referidas por Esmeralda, foram a disgeusia, lentidão,

irritabilidade, perda de concentração, dispneia, alopecia, e aumento do peso corporal. Frente a estas condições adversas, a presença de sua mãe, associada ao repouso durante os períodos de maior intensidade da fadiga, foram considerados imprescindíveis para apoio, conforto e melhora do bem estar, principalmente nos primeiros dias pós QT – período no qual Esmeralda ficava mais debilitada e com dificuldade de executar os serviços domésticos.

De maneira geral, observamos que Esmeralda passou por diferentes situações, e utilizou estratégias próprias de seu conhecimento cultural, provenientes do senso comum, do meio social onde vivia, para lidar com as dificuldades vivenciadas ao longo de sua trajetória de vida e no processo do adoecimento e tratamento do câncer de mama. Observamos ainda outro aspecto muito presente na trajetória do tratamento vivido por Esmeralda - o apoio familiar e do compartilhamento dos problemas.

Não houve referência durante as entrevistas realizadas no domicílio, relacionadas a orientações recebidas da equipe de profissionais que prestavam assistência na instituição em que foi tratada, que é a sede deste estudo.

## 7 DISCUSSÃO

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos e a sua incidência tende a progredir após os 50 anos (BRASIL, 2017). Verifica-se no Brasil, um grande contingente de diagnósticos em fase avançada sendo, portanto, considerado tardio, levando a prejuízos maiores relacionados à QV (FOGAÇA; GARROTE, 2004), uma vez que poderá apresentar mais sintomas, já ter-se disseminado para outros órgãos e necessitar de tratamentos mais agressivos.

O acompanhamento do cisto na mama direita, realizado anualmente por Esmeralda, tornou o diagnóstico do câncer de mama possível, ainda em uma fase não avançada da doença. A detecção precoce do câncer de mama é ainda a única forma de elevar o índice de cura e reduzir a mortalidade relacionada à doença (FOGAÇA; GARROTE, 2004).

Estudo realizado por Oliveira et. al. (2016), no mesmo serviço onde o presente estudo foi desenvolvido, caracterizou o perfil de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico e demonstrou que a idade média das mulheres era de 54 anos, o que reafirma a semelhança com as características de nossa participante.

Quanto a escolaridade, Leite et al. (2011) analisaram o perfil de mulheres com câncer de mama em tratamento hormonal, mostrando que 35,6% das mulheres possuíam Ensino Fundamental Incompleto, 29,6% Ensino Médio Completo, 14,9% Ensino Fundamental Completo, 11,9% Ensino Superior Completo e 8,1% não eram alfabetizadas. O conhecimento intelectual é um fator importante, visto que ter uma formação escolar propicia a busca por hábitos de vida mais saudáveis e a obtenção de informações, por meio da leitura e compreensão adequada de orientações recebidas. Dessa forma, espera-se a obtenção de melhor adesão ao tratamento e alcance de bons resultados incluindo a cura da doença.

O tratamento para o câncer de mama requer maior adesão das pacientes às orientações e principalmente a prática do auto cuidado (AGUIAR, 2008). Conforme descrito nos resultados deste estudo, a participante possuía uma formação escolar em nível técnico na área da saúde; esteve ciente da importância do tratamento a ser realizado desde seu início, adotando práticas de seu conhecimento e contexto cultural, que contribuíram significativamente para bom enfrentamento e obtenção de êxito em relação às condições adversas e aos problemas enfrentados decorrentes da terapêutica utilizada.

Em relação à classe econômica, ainda no estudo conduzido por Leite et al. (2011) observaram que 47,8% das participantes pertenciam a classe D, 26,3% a classe C, 20% a classe E e apenas 5,9% a classe B. O rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama

também sofrem influência da classe econômica e do perfil social em que a mulher está inserida, pois o acesso aos serviços públicos de saúde têm sido referidos como muito difíceis e com fluxos que inviabilizam a agilidade para o início do tratamento (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006). Já os serviços privados têm custos elevados, o que para as classes sociais com menor poder aquisitivo, se tornam impraticáveis.

No Brasil, o aumento das taxas de mortalidade, deve-se principalmente ao atraso no diagnóstico, devido à ineficiência de um método adequado de prevenção primária e às dificuldades da prevenção secundária (MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003). Esmeralda mesmo pertencendo a classe social B, não possuía um convênio médico privado e realizava o acompanhamento e exames periódicos pelo Sistema Único de Saúde(SUS) estando, assim, sujeita as dificuldades de acesso, assim como uma série de problemas do próprio fluxo e administração do SUS.

A etiologia do câncer de mama ainda não está completamente esclarecida, embora seja amplamente estudada. Sabe-se que existe uma interação entre variados fatores que são determinantes para o surgimento da doença (PINHO; COUTINHO, 2007). A Sociedade Americana do Câncer (2017), discute fatores que podem predispor ao aparecimento do câncer de mama, entre eles o consumo excessivo de álcool e tabaco, a obesidade após a vida adulta ou após a menopausa, alimentação pobre em nutrientes com grande volume de gordura e açúcares associada ao sedentarismo, nulíparas ou aquelas que tiveram filhos após os 30 anos de idade, mulheres que não amamentaram, uso de métodos contraceptivos hormonais por tempo prolongado, e terapia hormonal durante a menopausa

. Esmeralda teve sua primeira gestação aos 34 anos de idade e fez o uso de anticoncepcional por 25 anos. Após turbulências em sua vida pessoal, teve também o aumento do peso corporal. Observando as características de nossa participante verificamos que possui três fatores de riscos dentre os descritos pela Sociedade Americana do Câncer, porém não há como afirmar a relação destes com o surgimento da doença. É importante destacar que 95% dos cânceres de mama são esporádicos, não familiares e, em geral, não se verificam fatores de risco associados (BARROS, 2011).

A ocupação exercida pela pessoa é a dimensão fundamental de sua condição socioeconômica. Junto à renda e escolaridade, formam o tripé básico de variáveis que avaliam a condição socioeconômica do indivíduo (BOFFETTA et al., 1996). Segundo Wunsch Filho et al. (2008), as diferenças socioeconômicas interferem em fatores, como incidência, mortalidade, sobrevida e QV após diagnóstico de câncer.

Conforme exposto nos resultados desse estudo, antes de exercer a função de

empresária, a participante trabalhava como protética, sendo, portanto uma profissão ligada à área da saúde, o que foi compreendido como fator favorável à constante busca por manter-se saudável. Há que se considerar ainda, as contribuições do nível de escolaridade, assim como a renda financeira nesta conscientização da importância relacionada à busca por hábitos saudáveis e a própria manutenção da saúde. Em relação à atividade de profissional, não encontramos nenhum estudo que relacionasse a atividade à exposição de substâncias consideradas como fatores de risco ou predisponentes ao câncer de mama.

Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, ocorre também a conquista de novos espaços na sociedade, sendo levada a assumir múltiplos papéis. Hoje a mulher se depara com suas responsabilidades na carreira profissional e ainda assim não se desvincula completamente de seus afazeres domésticos, até mesmo por se tratar de uma questão cultural em nossa sociedade (REZENDE; PEREIRA, 2011).

A mulher como provedora de recursos, principal ou complementar, encontra-se em condição de conflito ao descobrir o diagnóstico do câncer. A doença atrapalha o prosseguimento normal da vida, pois, exige tempo e dedicação para o tratamento. Os sintomas, manifestações físicas e reações indesejadas do tratamento, tornando de difícil controle o trabalho fora do domicílio e também doméstico, provocando muitas vezes desorganização na vida pessoal e familiar, levando a prejuízos significativos (MILAGRES, 2015). Tal cenário foi observado durante o trabalho de campo, onde foram verificadas várias mudanças nos hábitos de vida, atividades diárias e rotina pessoal e da família.

A atividade remunerada é interpretada como prazerosa para a mulher que realiza a atividade como modo de obter vantagens intrínsecas ou extrínsecas para si (MILAGRES, 2015). No estudo de caso de Anjos e Zago (2005), que objetivou conhecer a experiência de uma mulher com câncer de mama submetida à QT, foi observado que o fato de continuar trabalhando funciona como um critério de normalidade e que isso era de extrema importância para a participante do estudo, não apenas por se sentir capaz de manter sua rotina diária, mas, por saber que seria capaz de manter sua responsabilidade de provedora do lar. Em nosso estudo, Esmeralda se posiciona de forma semelhante, uma vez que durante as entrevistas e em nota de diário de campo, relata não se sentir doente; para ela, poder ir trabalhar seria uma atividade importante do cotidiano, mantendo assim sua postura social de mãe, trabalhadora e provedora exclusiva do lar.

Os múltiplos papéis exercidos pela mulher na sociedade atual tornam escasso o tempo dedicado a sua própria saúde. Trufelli et. al. (2007), detectou que o atraso no diagnóstico do câncer de mama está, em grande parte, relacionado ao tempo que a paciente demora a

procurar os serviços de saúde, a partir da detecção do primeiro sintoma ou sinal. O que se confirma no relato de Esmeralda, que identificou o primeiro sinal no final do ano de 2015 e só teve o diagnóstico definitivo em junho de 2016, decorridos portanto, mais de 6 meses. Esmeralda relata que devido à correria do dia a dia, com a nova função profissional assumida recentemente, preferiu esperar pela época em que já realizaria os exames de rotina, do que procurar o serviço de saúde imediatamente após identificação das alterações percebidas na mama.

Estudo apontou que pacientes que realizam QT para o tratamento do câncer de mama e continuam realizando suas atividades remuneradas apresentaram limitações físicas e conseqüentemente um alto percentual de faltas no trabalho principalmente para realização de exames complementares e continuidade no tratamento (GUDBERGSSON; FOSSA; DAHL, 2008). Devido à morte de seu ex-companheiro, Esmeralda tornou-se proprietária dos negócios; apesar de algumas faltas esporádicas ao trabalho, em decorrência da fadiga e de outras reações adversas, relatou não ter sofrido prejuízos financeiros, o que normalmente não é observado nos pacientes em geral, os quais precisam se afastar das atividades laborais e passam a ter outra necessidade: receber auxílio-saúde.

A permanência no trabalho auxilia na recuperação e tratamento do câncer de mama, aumenta a autoestima, promove controle emocional, proporciona distração e ocupação, reduz a ansiedade, e proporciona aceitação e compromisso com o tratamento, agindo positivamente no processo de cura (PETEET, 2000). A participante deste estudo descreveu o trabalho como incentivo para permanecer ativa, e não somente deitada o dia todo. Acreditava que a atividade laboral lhe possibilitava manter-se inserida em seu contexto social e estar em contato com outras pessoas, o que auxiliava na manutenção da autoestima.

Em um estudo realizado por Martins et al. (2009) constataram que durante o tratamento as mulheres necessitaram se afastar de suas atividades e, mesmo aquelas que não se afastaram, apresentaram algum tipo de incapacidade para a realização dessas atividades. Esmeralda se afastou de suas atividades nos dias de maior intensidade da FSQ, respeitando sempre os limites de seu corpo. O tempo e o descanso foram cruciais para melhor manejo da fadiga e retomada da realização de suas Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

As AVD são as tarefas realizadas por uma pessoa para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal. Já as AIVD são aquelas utilizadas para administrar o ambiente em que vive, com as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas,

lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte (COSTA, et al. 2001). Nos relatos de Esmeralda percebemos maiores prejuízos relacionados às AIVD, principalmente na realização das tarefas domésticas, em que contava com o auxílio da mãe, e na utilização dos meios de transporte, pois evitava dirigir.

São considerados de grande importância para a mulher, a presença e o apoio do companheiro no descobrimento de uma doença grave e, também, para melhor aceitação do tratamento (O'MAHONEY; CARROLL, 1997). No estudo de Leite et al. (2011) 63,7% das mulheres eram casadas ou viviam como casadas, 11,5% eram viúvas e 10% era divorciadas ou separadas de seus parceiros. Durante as entrevistas, Esmeralda não considerou a falta de um parceiro como uma dificuldade para o desenvolvimento de seu tratamento, apesar do diagnóstico de câncer de mama e de uma proposta de tratamento, com várias necessidades relacionadas ao cuidado. Esta situação não é comumente encontrada, portanto, impossibilitou-nos comparar nossos resultados do estudo com os dados dos estudos supracitados. Observamos que após a morte de seu companheiro, Esmeralda necessitou de várias adaptações em sua vida pessoal e familiar para suprir suas próprias necessidades, assim como adequação de questões sociais e financeiras para o sustento de seus filhos.

As preocupações geradas pelo câncer podem ser aumentadas quando a mulher é mãe de filhos ainda dependentes de seus cuidados. Nesse contexto aumenta a preocupação com os mesmos, em decorrência do seu futuro incerto (SALCI; MARCON, 2011). Após o falecimento do pai de seus filhos, Esmeralda tornou-se cuidadora única. Nas entrevistas não deixa transparecer medo quanto ao futuro e cuidado de seus filhos; nunca deixou transparecer o estigma da morte relacionado ao câncer, mas foi perceptível a preocupação com o aumento da responsabilidade em cuidar dos filhos e dar atenção; o que antes era compartilhada pai.

A princípio, o diagnóstico do câncer de mama foi recebido com desconfiança por parte de Esmeralda, necessitando de um tempo para que aceitasse e entendesse o que estava acontecendo; o que corrobora com o estudo de Micele (1998) que afirma que cada pessoa precisa de um tempo subjetivo para trabalhar as consequências produzidas pelo diagnóstico e estabelecer formas de conviver com a notícia e seus desdobramentos em suas vidas. O recebimento do diagnóstico de câncer geralmente é decisivo, pois a partir de então, existe a possibilidade de reformular grandes aspectos da vida, o que também pode ser verificado na vida de nossa participante do presente estudo (RZENIK; DALL'AGNOL, 2000).

Bahnsen (1977), em seu trabalho diz que a adaptação do paciente ao câncer depende de quem ele é, de suas atitudes frente à vida, seus antecedentes educacionais, étnicos, sociais,

religiosos, da sua idade, sexo, posição que ocupa na vida e de inúmeras variáveis psicológicas, ou seja, de sua construção subjetiva.

Corbellini (2001) descreve três etapas vivenciadas pela mulher no processo de adoecimento: primeiro, o diagnóstico de estar com câncer, visto como algo negativo para a sociedade; segundo, o tratamento longo e agressivo, muitas vezes com a retirada total ou parcial da mama; e, terceiro, aceitação da nova imagem produzida pelo tratamento, e a convivência que deve ser estabelecida. No decorrer das entrevistas, foi possível perceber que Esmeralda vivenciou essas três etapas, representadas pela negação quando a participante desconfiou de um erro no diagnóstico, a ocorrência dos efeitos adversos relacionados à quimioterapia e a aceitação da nova imagem. Esmeralda se dizia realista acerca das modificações em seu corpo

Várias dúvidas podem surgir na mente da mulher adoecida durante este período. Torna-se necessário tempo para que possa refletir sobre o fato de estar com câncer e determinar as possíveis ações para sua vida, mesmo sabendo do futuro incerto (CORBELLINI, 2001).

Segundo Maia (2005), apenas a suposição do diagnóstico do câncer, já desencadeia no paciente e na família uma série de reações: pânico, desespero e caos. Com a confirmação do diagnóstico, essas reações se ampliam e se particularizam. Esmeralda ao receber o diagnóstico, buscou apoio e consolo em sua mãe; sua atitude gerou sentimentos de preocupação e desespero na mesma, a qual, posteriormente, necessitou do carinho e apoio da filha adoecida.

Esmeralda esperou que o impacto inicial do diagnóstico fosse amenizado e após este período, contou aos filhos sobre a doença, com a intenção de não transmitir sua preocupação em relação ao seu prognóstico. Assim, decidiu informá-los de maneira lenta e tranquila. Com o tempo, tanto a mãe, quanto seus filhos compreenderam melhor o diagnóstico e a importância do apoio e auxílio; passaram a oferecer tudo o que Esmeralda necessitava em toda trajetória percorrida.

As mudanças ocasionadas pelo câncer são vividas pela mulher não somente no nível corporal, mas também no convívio social, podendo gerar momentos de crise (DUARTE; ANDRADE, 2003). O apoio social geralmente é reportado como um importante fator de proteção e recuperação na saúde das pacientes (KORNBLITH et al., 2001; DRAGESET; LINDSTRON, 2003; MANNING-WALSH, 2005). Tal apoio provem de redes sociais como: família, amigos, relações de trabalho e relações comunitárias (VOLCAN et al., 2003).

Nesse contexto, é importante que a mulher sinta que possui uma rede de apoio que a auxilia a não desistir, o que torna mais fácil o enfrentamento da doença; geralmente esse lugar

pertence à família (BERGAMASCO, 1999). Os filhos e a mãe de Esmeralda constituíram a principal rede de apoio, auxiliando-a no que diz respeito aos cuidados, manutenção da autoestima, contribuindo para a aceitação de sua nova imagem corporal.

Segundo Chapadeiro et. al. (2001), no que diz respeito ao relacionamento entre os membros da família após descoberta da doença, as vivências podem ser positivas, trazendo consigo o aumento da atenção para a pessoa acometida pelo câncer, ou negativas, gerando sentimentos de depressão, isolamento e vergonha. Segundo relatos verificados durante as entrevistas, as vivências após o diagnóstico com a família de Esmeralda foram positivas e estreitaram ainda mais os laços de afeto, companheirismo e cuidado.

Fé em Deus é uma das principais estratégias que as mulheres com câncer de mama buscam para enfrentar o tratamento do câncer. A busca por meio de práticas religiosas é uma alternativa muito frequente na vida de pacientes oncológicos, visando conforto, esperança e auxílio no enfrentamento da doença (SILVA et al., 2008; AQUINO; ZAGO, 2007). É por meio da prática de rituais da religião que ocorre a busca pelo conforto, esperança e auxílio no enfrentamento da doença (CHOUMANOVA et al., 2006). A participante do estudo é católica, porém não frequentadora de comunidade religiosa e nem praticante dos rituais próprios de sua religião. Somente relatava ter muita fé no cuidado e proteção provenientes de Deus, mas, que mesmo crendo em Deus, era necessário fazer sua parte no tratamento.

Socialmente, os vários tipos de câncer são vistos como doenças destruidoras, sentidas como um castigo ou punição, pelo fato de envolver sentimentos de difícil administração, principalmente o estigma de morte (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002). Nesse contexto, Esmeralda relata que não enxergava o câncer de mama sob esta perspectiva; encarou a doença como algo que deveria experimentar durante a vida e, não como uma punição recebida de Deus ou como consequência de algum ato falho.

Na antropologia médica verifica-se o processo de ressignificação da vida; este ocorre a partir das experiências e dos sentidos atribuídos e significados encontrados durante a trajetória. Esmeralda utilizou a experiência do câncer de mama para autorreflexão e, a partir disso estabeleceu uma nova forma de ver e viver a vida, respeitando seus limites e considerando as necessidades de seu próprio corpo.

A experiência do câncer gera um misto de sentimentos. Existe um aprendizado considerável no sentido da reorganização pessoal, para saber o que fazer, de modo a não perder o controle da situação em que se encontra (BERGAMASCO, 1999). Esmeralda foi capaz adaptar sua rotina e afazeres às novas condições de saúde. As mudanças realizadas foram: reorganização dos horários de trabalho com períodos de descanso, manutenção de

folga nos dias de maior intensidade da FSQ, e ajuda da mãe para realização dos afazeres domésticos.

O tratamento quimioterápico afeta pacientes com câncer de mama de variadas formas. Browall et al. (2008) referem que os tratamentos relacionam-se à diminuição da QV, afetando a função física, o desempenho de papel, gerando ansiedade, prejuízos na percepção da imagem corporal e aumento de sintomas, como fadiga, dispneia, dor, náusea, vômito e constipação.

Nicolussi e Sawada (2011) avaliaram os efeitos adversos provocados pela quimioterapia. Do total dos pacientes, 11,4% relataram sintomas gastrointestinais como náuseas e vômito, constipação e/ou diarreia; 8,6% informaram sintomas físicos, como calor, sudorese, fraqueza, mal-estar geral e tontura; 31,4% referiram tanto sintomas gastrointestinais quanto físicos, 2,9% relataram tanto sintomas físicos quanto emocionais, 14,3% apresentaram tanto sintomas gastrointestinais quanto físicos e emocionais; e 31,4% não relataram reações adversas durante o tratamento quimioterápico. Entre os efeitos da QT, a fadiga é reportada com maior frequência e promove estresse elevado nos pacientes (MENEZES; CAMARGO, 2006).

A fadiga é um sintoma prevalente e debilitante, podendo ser aguda, quando descrita como extremo cansaço resultante de estresse físico ou mental, que apresente melhora após repouso; ou crônica, quando há relato de fadiga que mesmo após repouso, não apresenta melhora e ainda há perda da funcionalidade (DE JONG et al. 2002; SERVAES 2002; MOTA; PIMENTA, 2002). Em nossa participante, foi possível perceber a ocorrência da fadiga aguda em alguns dias específicos do ciclo quimioterápico, com melhora temporária após repouso. Passada a fase aguda da FSQ, observamos a fadiga crônica, que exigia maior atenção para o desempenho de atividades que exigiam raciocínio.

Existem vários fatores causadores de fadiga em pacientes oncológicos, são eles: efeitos deletérios da QT e RT, ingesta nutricional inadequada associada à náusea e vômitos decorrentes da QT, anemia, distúrbio do sono, preocupações quanto ao futuro, medo da morte, entre outros (WINNIGHAM et al., 1994; WU; MCSWEENEY, 2001). Os efeitos deletérios da QT provavelmente, foram de grande importância para a ocorrência FSQ em Esmeralda.

Esmeralda considerava boa sua qualidade do sono mesmo quando relatou a necessidade de se levantar até seis vezes por noite para ir ao banheiro. As demais queixas, consideradas como causadoras de fadiga, não compunham o discurso da participante.

Estudo realizado por Curt et al. (2000), que avaliou a fadiga em pacientes com câncer durante e após a QT, demonstrou que a FSQ foi a segunda reação adversa mais relatada e a de

maior impacto após a conclusão do tratamento, sendo a primeira, náuseas e vômitos. Contrariando este estudo, Esmeralda teve pouquíssimas queixas de náuseas e vômitos; porém a queixa de FSQ esteve presente durante todo o percurso da QT.

Padavini (2014) avaliou a fadiga e a QV em pacientes em QT antineoplásica; os resultados mostraram que indivíduos que possuem FSQ apresentam piora nos índices de QV. No contexto da QT, existem dificuldades para a paciente desempenhar suas funções pessoais, gerando estresse e conflitos em sua vida pessoal e profissional (BASSEGIO; SODATELLI, 1999).

Hwang et al. (2003) mostraram a associação entre a dificuldade de manter a concentração e fadiga em diferentes tipos de câncer. Esmeralda sentiu dificuldade para se concentrar logo nos primeiros ciclos da QT. Na tentativa de ler livros, percebeu que não conseguia se concentrar nas histórias, a menos que fossem extremamente interessantes e relacionados a assuntos de seu interesse.

Para a maioria das pessoas a fadiga é uma resposta protetora para o estresse físico e psicológico (AHLBERG et al., 2003). Para Esmeralda, a FSQ também foi considerada protetora, pois a fez compreender a necessidade de descanso, o respeito com os limites físicos.

A fadiga pode levar os pacientes a abandonarem o tratamento; diversos medicamentos utilizados no tratamento do câncer tem a fadiga como um de seus efeitos adversos, e os pacientes entendem que a fadiga promove a redução de sua QV (WINNIGHAM et al., 1994; WU; MCSWEENEY, 2001). Em estudos com sobreviventes do câncer de mama que apresentavam fadiga, a QV foi classificada em um nível inferior (MEESKE et al., 2007; KIM et al., 2008; ALEXANDER et al., 2009; ANDRYKOWSKI et al., 2010).

Esmeralda relata que a FSQ não causou alterações em sua QV. A QV para ela estava relacionada à sua saúde e à saúde dos filhos; uma situação financeira estável e à conexão com Deus, de modo a proporcionar paz e auxílio no enfrentamento das dificuldades da vida. Segundo Addams (2005), os principais domínios da vida pertencem ao trabalho, vida familiar, saúde, religião, amigos, situação financeira, tempo livre e vizinhança. Tais domínios são importantes ao bem-estar subjetivo do indivíduo, como felicidade, moral e satisfação em seus diferentes momentos de vida.

Analisando a influência da FSQ sobre a QV, verificamos diversas adaptações realizadas por Esmeralda para a manutenção de sua QV. Trabalho e saúde foram os seguimentos mais afetados, levando em consideração a nova rotina de vida adotada, pelos efeitos adversos da QT.

Em diversos momentos Esmeralda afirma que a FSQ não provocou redução ou

prejuízos em sua QV; porém, ao analisarmos detalhadamente seus discursos nas entrevistas e notas do diário de campo, verificamos diversos relatos em que enfatizava dias de maior dificuldade, indisposição para as atividades e adaptações em sua rotina e na forma de executar suas atividades. Ainda, o fato de exigir um planejamento diferenciado de suas atividades, por não conseguir manter o ritmo anterior, já demonstram as alterações na QV.

O conceito de saúde, doença e QV são muito particulares e sua construção é determinada pela cultura, que por sua vez é entendida como um conjunto de ideias, conceitos, regras e comportamentos que um determinado grupo compartilha e organiza a experiência da saúde e da doença nas distintas sociedades (GOOD, 1994).

No que diz respeito à representação da FSQ para Esmeralda, é importante analisar o contexto através dos conceitos por ela construídos, a partir de suas experiências. Ela relata que mesmo com o câncer, não se sentia doente e por isso buscava manter-se ativa e continuar vivendo a vida como antes. Para ela, apesar da FSQ e dos demais eventos adversos relacionados à QT, sua QV pode ser considerada boa.

Esmeralda relata que nunca conviveu com pessoas com câncer, e o que ouvia de terceiros, era que a doença poderia ser agressiva e dolorosa (notas do diário de campo). As manifestações relativas aos eventos adversos do tratamento, não foram consideradas graves como imaginava, tornando-se este, mais um fator que contribuiu para que não se sentisse doente.

Verificamos no contexto em que estava inserida a participante desta investigação, em suas experiências de vida, no conhecimento culturalmente repassado e expresso em suas comunicações sobre o adoecimento pelo câncer, que não foram elaboradas reações negativas por Esmeralda, o que colaborou para que houvessem sentimentos e atitudes positivas quanto ao câncer e seus tratamentos. Foi verificado ainda que as repercussões da FSQ sobre a QV foram muito valorizadas pelo profissional e/ou alunos que acompanham as pacientes, porém pouco destacadas nos discursos da própria participante, uma vez que para ela não foi significativo – considerando que já eram esperados.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos neste estudo que a participante selecionada pertence ao grupo de pacientes com diagnóstico de câncer de mama, que obedece a um perfil já pré-estabelecido.

Verificamos que o conceito de fadiga elaborado por Esmeralda, diante das reações decorrentes da ação dos quimioterápicos assemelha-se ao que tem-se descrito hoje em literatura científica. Destaca-se a desvalorização dos seus sintomas pelos profissionais que lidam com pacientes oncológicos, refletindo também em uma sub valorização pelos próprios pacientes; uma vez que consideram esta reação adversa como algo a ser suportado, pois existe uma normalização dentro das instituições de saúde.

Adaptações na rotina de atividade diárias foram necessárias, principalmente quando considerados os impactos relacionados à FSQ; porém, estes impactos gerados na QV não atingiram proporções consideráveis para Esmeralda. Outras reações adversas foram vivenciadas pela participante e foram verificados nos registros de consultas de enfermagem: aumento do peso, alopecia, disgeusia, xerostomia, dentre outros, fazendo-nos destacar a importância da consulta de enfermagem para identificação precoce e propostas adequadas de prevenção e manejo. Outras reações adversas levaram Esmeralda a mudanças consideradas significativas: a redução na concentração, redução na energia para realização de atividades diárias e irritabilidade – promoveram mudanças em seu estilo de vida, proporcionando-a uma visão diferente sobre sua rotina anterior ao adoecimento, passando a ser mais tranquila para respeitar os limites de seu corpo.

A QT compartilha diversos efeitos adversos que podem, como um todo, reduzir drasticamente a QV, porém a FSQ quando analisada de maneira isolada, talvez não tenha sido desencadeador desta redução.

O apoio recebido pela família relacionado ao enfrentamento da doença e da FSQ são imprescindíveis, principalmente quando relacionado às AVD e AIVD, na aceitação da autoimagem, na crença e no alcance da cura e na perspectiva da importância do doente em contexto familiar.

Para compreender melhor as alterações causadas pela FSQ na QV de pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico, seria interessante entrevistar um maior número de participantes, inseridas nos diversos contextos sociais, econômicos, e culturais, com diferentes características clínicas, para desta forma, obter diferentes perspectivas, nos diversos contextos socioculturais em que vivam experiências da FSQ.

A FSQ é uma reação adversa prevalente entre os pacientes oncológicos, mas ainda é

pouco valorizada quando abordada em sua ocorrência como efeito adverso da QT. Tem sido tratada com normalidade pela equipe e por isso é considerada pelos pacientes como algo inerente ao tratamento e de ocorrência obrigatória durante o mesmo.

É necessário que haja conscientização e comprometimento de toda equipe de saúde envolvida no tratamento oncológico, para detecção precoce e manejo adequado da FSQ. Na literatura existem poucos estudos que trabalham a avaliação da QV relacionada intrinsecamente a FSQ. Eles são de extrema importância, a fim de elucidar o seu mecanismo de ocorrência, e principalmente seu manejo, buscando a melhora da QV de pacientes em tratamento quimioterápico.

Os resultados deste estudo permitem conhecer e compreender as diversas interferências da FSQ, que acomete pacientes em tratamento oncológico, que seus prejuízos nem sempre ocorrem de forma explícita e isso, exige dos profissionais um olhar diferente no momento da avaliação e manejo. Além disso, espera-se que estes resultados estimulem aqueles que buscam conhecimentos acerca da FSQ e de suas repercussões sobre a QV, possibilitando compreender os sentidos atribuídos na ótica do paciente, preservando as particularidades à elas atribuídas.

## REFERÊNCIAS

ADDAMS, J. Age and relative importance of major life domains. **Journal of aging studies**, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 503-12, 2005.

AGUIAR, A. D. de F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 191-195, 2008.

AHLBERG, K. et al. Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. **The Lancet**, [S.l.], v. 362, n. 9384, p. 640-650, 2003.

ALEXANDER, S. et al. A comparison of the characteristics of disease-free breast cancer survivors with or without cancer-related fatigue syndrome. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 45, n. 3, p. 384-392, 2009.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Lifestyle-related breast cancer risk factors**. Atlanta: American Cancer Society, 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

ANDRYKOWSKI, M. A. et al. Prevalence, predictors, and characteristics of off-treatment fatigue in breast cancer survivors. **Cancer**, Philadelphia, v. 116, n. 24, p. 5740-5748, 2010.

ANJOS, A. C. Y do; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 33-40, 2006.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 1-6, 2007.

BRASIL. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso Brasileiro de Fadiga. Ver Bras Cuid Pal, v.3, n. 2, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**. 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org/>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BAHNSON, C. B. Cuestiones psicológicas e emocionales en cáncer: asistencia psicoterapéutica del paciente canceroso. In: GOEPP, C. E.; HAMMOND, W. **Terapia de apoyo del paciente canceroso**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S. A., 1997. p. 9-37.

BARROS, Â. F. **Avaliação do tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal**. 2011. 61 f. Dissertação (Mestrado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia)-Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

BASSEGIO, D. L.; SOLDATELLI, M. M. Aspectos psicossociais no câncer de mama. In: BASSEGIO, D. L. **Câncer de mama: abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Revinter,

1999. p. 353-355.

BERGAMASCO, R. B. **O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama**: como o diagnóstico é experimentado pela mulher. 1999. 119 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

BOFFETTA, P. et al. Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence. **IARC Scientific Publications**, Lyon, n. 138, p. 331-341, 1996.

BONASSA, E.; OLIVEIRA, A. C. Reações adversas dos agentes antineoplásicos: fadiga. In: BONASSA, E.; GATO, M. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. cap. 6, p. 305-460.

BONASSA, E.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer**: mama. 2017. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BROWALL, M. et al. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 12, n. 3, p. 180-189, 2008.

BUETTO, L. S. **O significado de qualidade de vida no contexto da quimioterapia antineoplásica para o paciente com câncer colorretal**. 2014. 159 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

CAMP-SORRELL, D. Quality of life and chemotherapy toxicity. In: YARBRO, C. H.; WUJCIK, D.; GOBEL, B. H. **Cancer nursing**: principles and practice. 7. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2011. cap. 17, p. 458-503.

CAPONERO, R. Biologia do câncer. **Temas em Psico-Oncologia**, p. 32-39, 2008.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.

CHOUMANOVA, I. et al. Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of Chilean women. **The Breast Journal**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 349-352, 2006.

CORBELLINI, V. L. Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 42-68, 2001.

COSTA, M. C. S. et al. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 3-8, 2008.

CURT, G. A. et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. **The Oncologist**, [S.l.], v. 5, n. 5, p. 353-360, 2000.

DE JONG, N. et al. Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a review of the literature. **Cancer Nursing**, New York, v. 25, n. 4, p. 283-297, 2002.

**Diagnósticos de enfermagem da NANDA internacional: definições e classificação 2015-2017** [NANDA International]. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DRAGESET, S.; LINDSTROM, T. C. The mental health of women with suspected breast cancer: the relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 10, n. 4, p. 401-409, 2003.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.

FAN, H. G. M. et al. Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1-and 2-year follow-up of a prospective controlled study. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 23, n. 31, p. 8025-8032, 2005.

FONSECA, S. M. da et al. **Manual de quimioterapia antineoplásica**. São Paulo: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

FOGAÇA, E. I. C.; GARROTE, L. F. Câncer de mama: atenção primária e detecção precoce. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 3, p. 179-181, 2004.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J da S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 197-204, 2002.

GUALDA, D. M. R. **A experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstetra: um estudo de caso**. 1998. 162 f. Tese (Doutorado em 1998) Livre docência -Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. Processo saúde–doença: evolução de um conceito. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. (Org.). **Enfermagem, cultura e o processo saúde–doença**. São Paulo: Ícone, 2004. p. 37-45.

GUDBERGSSON, S. B.; FOSSÅ, S. D.; DAHL, A. A. A study of work changes due to cancer in tumor-free primary-treated cancer patients. A NOCWO study. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 16, n. 10, p. 1163-1171, 2008.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HUNT, S. M. The problem of quality of life. **Quality of life Research**, Oxford, v. 6, n. 3, 1997.

HWANG, S. S. et al. Multidimensional independent predictors of cancer-related fatigue. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 26, n. 1, p. 604-614, 2003.

KIM, S. H. et al. Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: prevalence, correlates, and association with quality of life. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 35, n. 6, p. 644-655, 2008.

KORNBLITH, A. B. et al. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. **Cancer**, [S.l.], v. 91, n. 2, p. 443-454, 2001.

KURZROCK, R. The role of cytokines in cancer-related fatigue. **Cancer**, [S.l.], v. 92, n. 6, p. 1684-1688, 2001.

LANGDON, E. J. Cultura e processos de saúde e doença. In: JEOLÁS, L. S., OLIVEIRA, M. **Anais do seminário sobre cultura, saúde e doença**. Londrina: Editora Fiocruz, 2003. p. 91-105.

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**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 15-21, 2011.

MAGNANI, J. G. C. et al. **De perto e de dentro**: notas para uma etnografia urbana. Rev. bras. Ci. Soc., [S.l.], v. 17, n. 49, p. 11-29, 2002.

MAGNUSSON, K. et al. A qualitative study to explore the experience of fatigue in cancer patients. **European Journal of Cancer Care**, Oxford, v. 8, p. 224-232, 1999.

MAIA, S. A. F. **Câncer e morte**: o impacto sobre o paciente e a família. 2005. 24 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Psiconcologia)-Hospital Ernesto Gaertner, Curitiba, 2005.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percursos**, São Paulo, p. 149-171, 2012.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C.; FONSECHI-CARVASAN, G. A. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 214-9, 2006.

MARCONI, M. de A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia**: uma introdução. São Paulo: Atlas, 2001. 6 V.

MARTINS, L. C. et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 158-62, 2009.

MATTOS, C. L. G. de. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. Rio de

Janeiro: UERJ, 2001. p. 4-18.

MEESKE, K. et al. Fatigue in breast cancer survivors two to five years post diagnosis: a heal study report. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 16, n. 6, p. 947-960, 2007.

MENEZES, M. de F. B. de; CAMARGO, T. C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 442-447, 2006.

MICELI, A. V. P. Pré-operatório do paciente oncológico: uma visão psicológica. **Rev. Bras. Cancerol.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 131-7, 1998.

MILAGRES, M. A. S. **Vivências da mulher e da família frente ao tratamento oncológico**. 2015. 112 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica)-Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2015.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; DE LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 185-190, 2003.

MOTA, D. D. C. de F.; PIMENTA, C. A. de M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 577-583, 2002.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Cancer-related fatigue: NCCN clinical practice guidelines in oncology**. 2017. Disponível em: <[www.nccn.org](http://www.nccn.org)>. Acesso em: 17 abr. 2017.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 759-766, 2011.

NOBRE, M. R. C. Qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 64, n. 4, p. 299-300, 1995.

O'MAHONEY, J. M.; CARROLL, R. A. The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, New York, v. 4, n. 4, p. 397-415, 1997.

OLIVEIRA, T. da S. G. et al. Perfil de mulheres com câncer de mama tratadas com quimioterapia. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 11, p. 4097-4103, 2016.

OLIVEIRA, F. J. A. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 81-9

PADAVINI, R. L. **Fadiga e qualidade de vida em pacientes sob quimioterapia antineoplásica**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

PETEET, J. R. Cancer and the meaning of work. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 22, n. 3, p. 200-205, 2000.

PINHO, V. F. de S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde, v. 23, n. 5. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1061-1069, 2007.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

RADBRUCH, L. et al. Fatigue in palliative care patients - an EAPC approach. **Palliative Medicine**, Cambridge, v. 22, n. 1, p. 13-32, 2008.

REZENDE, E. de F.; PEREIRA, E. S. Os múltiplos papéis da mulher trabalhadora: um olhar do serviço social. **Revista Católica**, [S.l.], v. 3, n. 5, p. 1-19, 2011.

RZEZNIK, C.; DALL'AGNOL, C. M. (Re) descobrindo a vida apesar do câncer. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. especial, p. 84-100, 2000.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. especial, p. 178-186, 2011.

SERVAES, P.; VERHAGEN, C.; BLEIJENBERG, G. Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 38, n. 1, p. 27-43, 2002.

SILVA, M. R. B. da et al. O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 70-75, 2008.

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

SOBIN, L. H.; FLEMING, I. D. TNM classification of malignant tumors. **Cancer**, [S.l.], v. 80, n. 9, p. 1803-1804, 1997.

STONE, P. et al. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. **Annals of Oncology**, Dordrecht, v. 11, n. 8, p. 971-975, 2000.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2014.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 41, p. 1403-1410, 1995.

TISHELMAN, C. et al. Symptom prevalence, intensity, and distress in patients with inoperable lung cancer in relation to time of death. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 25, n. 34, p. 5381-5389, 2007.

TREZZA, M. C. S. F.; SOARES, R. M. S.; LEITE, J. L. A vida antes, durante e depois do câncer. In: FIGUEIREDO, N. M. A. et al. **Enfermagem oncológica: conceitos e práticas**. São Paulo: Yendis, 2009. cap. 15, p. 429-458.

TRUFELLI, D. C. et al. Onde está o atraso? Avaliação do tempo necessário para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama nos serviços de oncologia da Faculdade de Medicina do ABC. **Rev. Bras. Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 14-17, 2007.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 440-445, 2003.

WANG, X. S. et al. Clinical factors associated with cancer-related fatigue in patients being treated for leukemia and non-Hodgkin's lymphoma. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 20, n. 5, p. 1319-1328, 2002.

WARREN, N.; MANDERSON, L. (Ed.). **Reframing disability and quality of life: a global perspective**. New York: Springer Science & Business Media, 2013.

WINNINGHAM, M. L. et al. Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 21, n. 1, p. 23-36, 1994.

WU, H.; MCSWEENEY, M. Measurement of fatigue in people with cancer. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 28, n. 9, p. 1371-1386, 2001.

WÜNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 427-50, 2008.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade de vida em pacientes com fadiga relacionado ao tratamento quimioterápico do câncer de mama” sob a responsabilidade e orientação da pesquisadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos e Co-orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana Pena Porto. Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar e avaliar pacientes com câncer de mama que apresentem a fadiga como reação adversa à quimioterapia dentre outras, que podem contribuir para piora das condições físicas, emocionais, sociais, e espirituais e consequentemente alterando a qualidade de vida, buscando subsídios para compreensão destas condições e melhor planejamento da assistência de enfermagem. Para tanto, em sua participação você será entrevistado com questões referentes ao tema da pesquisa, durante a quimioterapia. Suas respostas serão guardadas com a equipe pesquisadora. Por sua participação nesta pesquisa não pretendemos expor você a nenhum risco, porém o risco existente consiste na sua identificação, mas a equipe executora se compromete a manter sigilo absoluto da sua identidade. Por outro lado, os benefícios serão contribuição para o enriquecimento científico, e a criação de estratégias que propiciem uma assistência de qualidade pautada nas relações entre profissional e o paciente. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa. Se você concordar em participar da pesquisa você assinará esse termo de consentimento. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você e outra, com a equipe executora da presente pesquisa. Em qualquer fase da pesquisa você poderá entrar em contato com os responsáveis pelo estudo que esclarecerão quaisquer dúvidas existentes. As pesquisadoras responsáveis por este estudo são Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos e Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana Pena Porto, que podem ser encontrada na Av. Pará, 1720 –Bloco 2U –Sala 16, Bairro Umarama, CEP: 38400-902, Uberlândia-MG. E também pelos telefones: 34-3225-8604. Se você possuir alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) situado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco 1A, sala 224, Campús Santa Mônica –Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Responsável pela Coleta de Dados

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

---

Participante da pesquisa

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

 Comitê de Ética em Pesquisa	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/MG</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DA FADIGA ASSOCIADA A OUTRAS CONDIÇÕES ADVERSAS RELACIONADAS A QUIMIOTERAPIA EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

**Pesquisador:** ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 49804615.6.0000.5152

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.372.174

**Apresentação do Projeto:**

Conforme apresenta o protocolo: O cancer de mama permanece como segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Dentre os tipos de tratamentos propostos tem-se a radioterapia e a cirurgia como modalidades de tratamento local; as terapias que utilizam moduladores biológicos, a hormonioterapia e a quimioterapia como terapêuticas sistêmicas. Os fármacos antineoplásicos, mesmo em doses terapêuticas, podem desencadear diversas toxicidades e reações adversas, como por exemplo, a fadiga. A fadiga é frequentemente referida e descrita pelos pacientes como sensação persistente e subjetiva de cansaço; pode vir acompanhada de outras queixas como dificuldade de concentração, falta de motivação, ocasionando desconfortos e repercutindo na qualidade de vida e no cotidiano destas pacientes. Sabe-se que a fadiga é uma das principais reações adversas relacionadas a quimioterapia e em geral esta associada a outras condições adversas que interferem nas condições de vida, sendo fator de risco para a perda de capacidade funcional, levando a situações de dependência e coloca em risco a qualidade de vida das pessoas. Assim, o objetivo geral deste estudo é identificar e avaliar a fadiga como reação adversa a quimioterapia e outras condições associadas, em pacientes com câncer de mama, buscando subsídios para compreensão destas condições e melhor planejamento da assistência de enfermagem. Trata-se de um estudo investigativo, de natureza

<b>Endereço:</b> Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica		
<b>Bairro:</b> Santa Mônica	<b>CEP:</b> 38.408-144	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> UBERLÂNDIA	
<b>Telefone:</b> (34)3239-4131	<b>Fax:</b> (34)3239-4335	<b>E-mail:</b> cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.372.174

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PROFESSOR_corrigida_pendencia_CEP.odt	03/11/2015 15:21:49	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_corrigida_pendencia.odt	03/11/2015 15:21:26	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
Outros	LINK_CURRICULOS_LATTES.doc	05/10/2015 11:51:09	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	EXCLUSAO_MEMBRO_EQUIPE.doc	05/10/2015 11:39:00	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_AVALIACAO.odt	05/10/2015 11:19:28	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.odt	05/10/2015 10:47:56	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/10/2015 10:47:03	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
Outros	Solicitacao_do_pesquisador_para_a_instituicao.pdf	03/10/2015 20:26:35	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Equipe.pdf	03/10/2015 20:07:02	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO.pdf	03/10/2015 20:03:23	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	03/10/2015 19:56:24	ANNA CLAUDIA YOKOYAMA DOS ANJOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLANDIA, 16 de Dezembro de 2015

Assinado por:

**Sandra Terezinha de Farias Furtado  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLANDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br