

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

**IMPACTO DA FADIGA SECUNDÁRIA À QUIMIOTERAPIA NA QUALIDADE DE  
VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

**CRISTIANE SOARES CAMPOS**

**UBERLÂNDIA**

**2018**

**CRISTIANE SOARES CAMPOS**

**IMPACTO DA FADIGA SECUNDÁRIA À QUIMIOTERAPIA NA QUALIDADE DE  
VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

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

**Área de concentração: Ciências da Saúde**

**Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Juliana Pena Porto**

**Co-orientadora: Dr.<sup>a</sup> Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos**

**UBERLÂNDIA**

**2018**

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

---

C198i  
2018 Campos, Cristiane Soares, 1990-  
Impacto da fadiga secundária à quimioterapia na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama [recurso eletrônico] / Cristiane Soares Campos. - 2018.

Orientadora: Juliana Pena Porto.

Coorientadora: Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.305>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. 2. Fadiga. 3. Mamas - Câncer - Quimioterapia. 4. Qualidade de vida. I. Porto, Juliana Pena, 1983- (Orient.). II. Anjos, Anna Cláudia Yokoyama dos, 1971- (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

---

CDU: 61

Maria Salete de Freitas Pinheiro - CRB6/1262



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



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

Defesa de Dissertação de Mestrado Acadêmico Nº 042/PPCSA

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de Pesquisa 1: Epidemiologia da ocorrência de doenças e agravos à saúde.

Projeto de Pesquisa de vinculação: Saúde do idoso, epidemiologia das infecções hospitalares e comunitárias. Discente: **Cristiane Soares Campos** – Matrícula nº **11712CSD009** - Título do Trabalho: "**Impacto da fadiga secundária à quimioterapia na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama.**" Às 15:00 horas do dia 13 de dezembro do ano de 2018, na sala 01 anfiteatro do bloco 2Y - Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia reuniu-se a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Rosimár Alves Querino (UFTM), Suely Amorim de Araújo (UFU) e Juliana Pena Porto (UFU) – orientadora da discente. Iniciando os trabalhos, a presidente da mesa Profa. Dra. Juliana Pena Porto apresentou a Comissão Examinadora e a discente, agradeceu a presença do público e concedeu a discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A seguir a senhora presidente concedeu a palavra aos examinadores que passaram a argüir a candidata. Ultimada a argüição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, em sessão secreta, em face do resultado obtido, a Banca Examinadora considerou a candidata  aprovada ( ) reprovada. Esta defesa de Dissertação de Mestrado Acadêmico é parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, legislação e regulamentação internas da UFU, em especial do artigo 55 da resolução 12/2008 do Conselho de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos às 18:00 horas. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Profa. Dra. Juliana Pena Porto

Profa. Dra. Rosimár Alves Querino

Profa. Dar. Suely Amorim de Araújo

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela vida, por estar presente em todos os momentos, me guiando pelo bom caminho.

A meus pais, Sebastião Campos Costa e Maria Lúcia Lima Soares Campos Costa, por me incentivarem a estudar e investirem em mim desde menina, me fazendo crer que através do estudo eu poderia sempre ir mais longe.

As minhas irmãs, Gabrielle Soares Campos e Nathália Soares Campos, por serem um incentivo para que eu queira ser sempre melhor.

Ao meu esposo Raulcésar Maximiano Figueira Alves, por todo amor e cuidado, por estar ao meu lado em todos os momentos, me incentivando e me amparando, sendo o meu exemplo de dedicação e persistência.

A Profa. Dra Juliana Pena Porto e a Prof.a Dra Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos que de forma tão gentil doaram seu tempo e talento para me orientar. Obrigada por essa oportunidade.

As professoras Patrícia Magnabosco e Maria Beatriz, pela disponibilidade e tempo que dedicaram para nos auxiliar.

A minha parceira de pesquisa Taliana Oliveira, que dividiu comigo todas as alegrias e dificuldades dessa trajetória.

Aos profissionais do Hospital do Câncer de Uberlândia que contribuíram, cada um de sua maneira, para a realização deste trabalho.

Por fim, a todas as mulheres lindas, fortes e guerreiras que mesmo em meio a luta árdua contra o câncer de mama, generosamente aceitaram participar desta pesquisa, meu sincero agradecimento.

## RESUMO

**Introdução:** A fadiga secundária à quimioterapia (FSQ) é um efeito adverso que interfere profundamente na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pacientes com câncer; conhecer melhor a fadiga, permitirá o desenvolvimento de intervenções adequadas para prevenção, manejo e controle deste efeito adverso.

**Objetivos:** Avaliar a FSQ e suas repercussões sobre a QVRS em mulheres com câncer de mama em quimioterapia (QT). **Material e métodos:** Estudo prospectivo, misto, com 47 mulheres atendidas em um Hospital Universitário do Triângulo Mineiro. Foram coletados dados referentes a FSQ e a QVRS em dois momentos (T1 e T2), através do Pictograma de Fadiga, da Escala de Fadiga de Piper Revisada e do EORTC QLQ- C30. Foi utilizado o Teste T pareado para a comparação das médias, e o coeficiente de correlação de Spearman para análise da associação entre as variáveis. Para investigação qualitativa, foram aplicadas as questões abertas da Escala de Fadiga de Piper Revisada e as respostas posteriormente analisadas e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** A maior frequência foi de mulheres com fadiga moderada - 48,94% (T1), 53,19% (T2) – e a dimensão mais afetada foi a afetiva. Como causas para a fadiga foram descritas seis categorias: medo e preocupação; quimioterapia; estado emocional/psicológico; desajustes no relacionamento familiar; alteração na autoimagem; esforço físico/atividades diárias. Como recursos para alívio da fadiga, cinco categorias foram apontadas: buscar a Deus; banho; repouso; medidas de distração; chorar. A QVRS apresentada foi razoável; e não houve alteração significativa ( $p=0,842$ ) entre os tempos. As associações entre as variáveis fadiga total e estado geral de saúde/QV ( $p= 0,012$ ), função social ( $p=0,022$ ) e dor ( $p<0,01$ ) foram significativas apenas em T2. Esses resultados sugerem que quanto mais persistente a FSQ, maior poderá ser o comprometimento da QVRS. **Considerações finais:** A FSQ promove mudanças na QVRS e compromete funcional, emocional e socialmente as mulheres. Faz-se necessário uma escuta mais atenta, que valorize as queixas da cliente; além da investigação de medidas mais efetivas para o gerenciamento e manejo da FSQ e consequentemente a prevenção ou reestabelecimento dos aspectos da QVRS que apresentem prejuízos.

**Palavras-chave:** Fadiga; Quimioterapia; Qualidade de Vida; Câncer de Mama.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chemotherapy-related fatigue (CRF) is a side effect that deeply interferes in cancer patients health-related quality of life (HRQoL). The better knowledge about fatigue, will allow the development of appropriate interventions for prevention, management and control of this side effect. **Objective:** To evaluate the CRF and its repercussions on HRQoL in breast cancer women during chemotherapy. **Material and methods:** A prospective and mixed study, with 47 women attended at a University Hospital of Triângulo Mineiro. Data related to CRF and HRQoL were collected at two moments (T1 and T2) through the Fatigue Pictogram, the revised Piper Fatigue Scale and the EORTC QLQ-C30. The paired T test was used to compare the means, and the Spearman's correlation coefficient was used to analyze the associations between variables. For qualitative investigation, the open questions of the Piper Fatigue Scale were applied, and the answers analyzed and submitted to the Content Analysis. **Results:** The highest frequency was of women with moderate fatigue - 48.94% (T1), 53.19% (T2) - and the most affected dimension was affective. As causes for fatigue were described six categories: fear and concern; chemotherapy; emotional/psychological state; mismatches in family relationships; change in self-image; physical effort/daily activities. As resource for the fatigue relief, five categories were identified: seek God; bath; rest; distraction measures; to cry. The HRQoL presented was moderate; and there was no significant change ( $p = 0,842$ ) between T1 and T2. The associations between the variables total fatigue and general health status/QOL ( $p = 0,012$ ), social function ( $p = 0,022$ ) and pain ( $p < 0.01$ ) were significant only in T2. These results suggest that the more persistent the CRF, the greater the HRQoL impairment. **Final considerations:** The CRF make changes in HRQoL, and it affects functionally, socially and emotionally the breast cancer women. It is necessary a more attentive listening, that values the patient's complaints; besides the investigation of more effective measures for the management of CRF and consequently the prevention or reestablishment of the impaired aspects of the HRQoL.

**Keywords:** Fatigue; Chemotherapy; Quality of life; Breast Cancer.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma de inclusão das participantes.....	24
Figura 2. Distribuição das participantes quanto ao esquema quimioterápico administrado .....	32
Figura 3. Intensidade da fadiga avaliada pela Escala de Fadiga de Piper Revisada .....	33



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo .....	29
Tabela 2 Caracterização clínica das participantes do estudo .....	30
Tabela 3. Intensidade da fadiga (Pictograma de Fadiga) relatada pelas participantes do estudo .....	32
Tabela 4. Impacto da fadiga (Pictograma de Fadiga) nas participantes do estudo .....	33
Tabela 5. Tempo de fadiga, medidas de tendência central, variabilidade e análise univariada dos itens da Escala de Fadiga de Piper Revisada.....	34
Tabela 6. Causas para fadiga relatadas pelas participantes do estudo .....	35
Tabela 7. Recursos para alívio da fadiga relatados pelas participantes do estudo .....	36
Tabela 8. Medidas de tendência central, variabilidade e análise univariada das escalas e itens do EORTC QLQ-C30 .....	38
Tabela 9. Associação entre as variáveis da fadiga total e estado geral de saúde/QV.....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Doxorrubicina e ciclofosfamida
AC-T	Doxorrubicina e ciclofosfamida - Paclitaxel
BRCA1	Breast Cancer Gene 1
BRCA 2	<i>Breast Cancer Gene 2</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMF	Ciclofosfamida, Metotrexato, Fluoruracila
CNS	Conselho Nacional de Saúde
E	Nível de precisão
EC I	Estádio Clínico I
EC IIA	Estádio Clínico IIA
EC IIB	Estádio Clínico IIB
EC IIIA	Estádio Clínico IIIA
EC IIIB	Estádio Clínico IIIB
EC IIIC	Estádio Clínico IIIC
EC IV	Estádio Clínico IV
EORTC QLQ-C30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire, versão 3.0</i>
ER	<i>Estrogen receptor</i>
FAC	Doxorrubicina, ciclofosfamida e fluoruracila
FRC	Fadiga Relacionada ao Câncer
FSQ	Fadiga Secundária a Quimioterapia
HER2	<i>Human epidermal growth factor receptor 2</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer
N	População total
n	Tamanho da amostra
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	Quantidade de acerto esperado
<i>p</i>	Nível de significância

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PE	Projeto de Extensão
PR	<i>Progesterone receptor</i>
q	Quantidade de erro esperado
QT	Quimioterapia
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
<i>r</i>	Coefficiente de correlação
RT	Radioterapia
SPSS	<i>Windows Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T1	Primeira coleta de dados
T2	Segunda coleta de dados
TC	Docetaxel e ciclofosfamida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<i>TNM</i>	<i>Classification of Malignant Tumours</i>
Z	Nível de Confiança
$Z_{\alpha/2}$	Valor de Z correspondente

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>13</b>
2.1	O câncer de mama	13
2.2	A fadiga	15
2.2.1	Aspectos conceituais	15
2.2.2	Avaliação e diagnóstico	17
2.3	Qualidade de vida	18
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
3.1	Objetivo geral	20
3.2	Objetivos específicos	20
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>21</b>
4.1	Tipo do Estudo	21
4.2	Local do Estudo	21
4.3	Procedimentos Éticos	22
4.4	Participantes	22
4.5	Coleta de dados	24
4.6	Análise dos dados	27
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	Caracterização das participantes do estudo	29
<b>5.2</b>	Prevalência de fadiga secundária nas participantes do estudo	32
<b>5.3</b>	A fadiga secundária à quimioterapia na perspectiva das participantes do estudo	34
<b>5.4</b>	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde das participantes do estudo	38
<b>5.5</b>	Correlação entre as variáveis	39
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>52</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>53</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE B – CARTÕES RESPOSTA</b>	<b>63</b>

## SUMÁRIO

<b>APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO B – PICTOGRAMA DE FADIGA</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO C – ESCALA DE FADIGA DE PIPER REVISADA</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO D - EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER 30-ITEM QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE</b>	<b>74</b>

## 1. Introdução

As mulheres acometidas pelo câncer de mama passam a vivenciar novas experiências – que perpassam pelo diagnóstico, tratamento, e reabilitação – as quais podem potencialmente atingir seu cotidiano e mudar sua forma de viver a vida.

No contexto do tratamento, as mulheres que são submetidas à quimioterapia (QT), passam a conviver com os diversos efeitos adversos decorrentes dessa terapêutica. Dentre estes, os que mais recebem ênfase tanto pelas mulheres, quanto pelos profissionais de saúde, são as náuseas/vômitos, dor e a alopecia; porém, uma queixa tem tomado destaque constante nos relatos das clientes, a fadiga. Tal fato traz à tona a necessidade de atenção e investigação desta ocorrência, bem como de conhecer seu impacto na qualidade de vida (QV) de mulheres com câncer de mama.

Conhecer como a fadiga secundária à quimioterapia (FSQ) impacta na QV de mulheres com câncer de mama permitirá o desenvolvimento de intervenções adequadas para prevenção, manejo e controle deste efeito adverso, de modo a garantir resultados positivos no transcurso do tratamento e, conseqüentemente, manutenção ou melhoria da QV.

Muitos profissionais de saúde não avaliam a fadiga porque desconhecem formas de avaliação e intervenção, ou não percebem seu impacto na QV. Estudos como este são importantes, pois confirmam sua alta frequência e os impactos que causam na vida das mulheres, e fornecem subsídios para que os profissionais sejam sensibilizados e possam identificar precocemente, avaliar, compreender melhor e auxiliar essas mulheres a enfrentarem a doença, o tratamento e suas repercussões sobre nas várias dimensões afetadas da QV.

Por meio deste estudo, espera-se contribuir para que haja um novo olhar para as mulheres acometidas pela FSQ e a adoção de novas práticas pela equipe de saúde, que contemplem a assistência integral.

## 2. Fundamentação teórica

### 2.1 O câncer de mama

O câncer de mama é o tumor maligno, globalmente, mais incidente na população feminina e principal responsável pelas mortes relacionadas ao câncer em mulheres (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK – NCCN,2018).

No Brasil, para o biênio 2018-2019, estima-se que o câncer de mama será o mais frequente entre as mulheres, seguido dos cânceres de intestino, colo do útero, pulmão e tireoide. Este tipo de câncer é o primeiro mais frequente nas mulheres das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, e é o segundo tumor mais frequente na região Norte (BRASIL,2017).

A etiologia da maioria dos casos de câncer de mama é desconhecida, mas existem inúmeros fatores de riscos já conhecidos, como: ser do gênero feminino, aumento da idade, histórico familiar de câncer de mama em idade jovem, menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após 55 anos), primeira gravidez após 30 anos, nuliparidade, terapia de reposição hormonal por tempo prolongado, exposição prévia a radiação terapêutica na parede torácica, doença mamária proliferativa benigna, mutações genéticas – como dos genes BRCA1/2, consumo de bebidas alcoólicas, dietas hipercalóricas e sedentarismo (NCCN, 2018; BRASIL,2017).

Para todos os tipos de câncer, o diagnóstico precoce é a principal ferramenta para garantia de sucesso no tratamento e cura. No Brasil, a estratégia de rastreio indicada para o câncer de mama é a mamografia bienal para mulheres entre os 50 a 69 anos; além disso, uma população alerta para os sinais e sintomas suspeitos, profissionais de saúde qualificados, e serviços de saúde preparados para garantir de forma ágil a confirmação diagnóstica, são de extrema importância para o diagnóstico precoce (BRASIL,2017).

Após o diagnóstico do câncer de mama, sua correta classificação e caracterização são de suma importância para escolha da terapêutica mais assertiva e garantia de melhor prognóstico. Para descrever a extensão anatômica da doença – denominada estágio – atualmente é utilizado o Sistema TNM que é composto por três componentes básicos: T – indica a extensão do tumor primário; N – extensão de

metástase em linfonodos regionais; M – presença ou não de metástase à distância. A cada um desses componentes há adição de números que indicam a extensão da doença; que podem ser agrupados em estádios (UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL – UICC, 2017).

Algumas outras características, como tecidos circundantes afetados e o *status* hormônio receptor, também são consideradas na escolha do tratamento.

Se o câncer não invadiu os tecidos circundantes é chamado *in situ*; caso haja invasão do tecido mamário circundante é chamado invasivo ou infiltrante (AMERICAN CANCER SOCIETY – ACS, 2017).

Nas células do câncer de mama existem receptores que dependem dos hormônios estrógeno e progesterona para seu crescimento; os tumores que contêm receptores de estrógeno ou progesterona são chamados, consecutivamente, Receptor de Estrogênio Positivo (ER+) ou Receptor de Progesterona Positivo (PR+) (ACS, 2017).

A determinação dos níveis da proteína que promove o crescimento das células mamárias (HER2) também é considerada; cânceres de mama com hiperexpressão da proteína HER2 são chamados HER2 positivos (HER2+), e cânceres de mama com pouca ou nenhuma proteína são HER2 negativos (HER2-) (ACS, 2017).

Todos os aspectos supracitados, junto a preferência do cliente, são determinantes na terapêutica. Os tratamentos locais para o câncer de mama incluem cirurgia, radioterapia (RT), ou ambos; já o tratamento sistêmico pode ser realizado através de QT, terapia endócrina, imunoterapia ou combinações entre estes (NCCN,2018).

Dentre as opções terapêuticas para o câncer de mama, a QT vem se apresentando como opção de escolha para a maioria dos casos, sendo realizada por meio da administração combinada de fármacos antineoplásicos. A QT é aplicada em ciclos, que consistem na administração de medicamentos em intervalos regulares, que podem ser diários, semanais, quinzenais ou a cada 3, 4, 5 ou 6 semanas (BRASIL, 2015).

Existem inúmeras combinações entre os fármacos antineoplásicos, chamados de esquemas quimioterápicos, porém devem ser considerados os aspectos farmacológicos de cada agente antineoplásico, as doses e o intervalo (BONASSA; GATO, 2012).



Para o câncer de mama existem vários esquemas que podem ser adotados: AC (4 ciclos de doxorubicina e ciclofosfamida, com intervalo de 3 semanas); AC-T (4 ciclos de doxorubicina e ciclofosfamida, com intervalo de 3 semanas; seguido de Paclitaxel consecutivo por 12 semanas, ou a cada 21 dias, no total de 4 ciclos); FAC (4 ou 6 ciclos de doxorubicina, ciclofosfamida e fluoruracila, a cada 3 semanas); TC (4 ciclos de docetaxel e ciclofosfamida, a cada 3 semanas); entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA – SBOC,2012).

A QT pode ser classificada quanto a sua finalidade: curativa, paliativa, adjuvante ou neoadjuvante. Porém, independente de sua finalidade, devido à inespecificidade dos fármacos que atacam as células de rápida proliferação – sendo essas cancerosas ou não – a quimioterapia causa vários efeitos indesejáveis que comprometem diversas dimensões da vida dos pacientes (MACHADO; SAWADA, 2008).

No que diz respeito aos efeitos adversos decorrentes da QT, podemos citar como principais: alopecia, alteração na autoimagem, mucosite, alteração do paladar, xerostomia, dor, náuseas/vômitos, diarreia/constipação intestinal, edema, fadiga, hiperpigmentação da pele/unhas, diminuição da libido, entre outros (MARTINS et al., 2009).

## 2.2 A fadiga

### 2.2.1. Aspectos conceituais

A fadiga, que é uma das principais reações adversas relacionadas à QT, é uma síndrome complexa, multidimensional e progressiva que envolve aspectos físicos, cognitivos, emocionais, sociais e espirituais dos indivíduos (MOTA; PIMENTA, 2006).

A fadiga relacionada ao câncer (FRC) tem sido definida como uma condição angustiante, persistente, caracterizada por estresse, cansaço físico, emocional e/ou cognitivo ou exaustão, relacionado ao câncer ou ao seu tratamento, não proporcional à atividade realizada recentemente, e pode interferir na capacidade funcional usual do indivíduo (NCCN, 2018).

Raramente a FRC ocorre isoladamente, geralmente é concomitante a outros sintomas como dor, estresse, anemia, e distúrbios do sono. No que diz respeito a características definidoras, é indispensável que a sensação subjetiva de cansaço seja reportada pelo paciente (NCCN, 2018).

A prevalência de fadiga varia amplamente dependendo da população estudada, da definição e método de avaliação empregados, podendo variar entre 25% a 99% em pacientes oncológicos (PINTO; AZAMBUJA, 2011).

Apesar de muitos componentes fisiológicos, bioquímicos, comportamentais, psicológicos estarem envolvidos na sua etiologia, os fatores preditores e de risco para fadiga ainda permanecem pouco esclarecidos. Assim, atualmente, não existe um tratamento bem estabelecido e eficaz para a fadiga (TARIMAN; DHORAJIWALA, 2016).

A FRC pode ser distinguida da fadiga típica por não ser aliviada após o descanso ou sono, e quando comparadas, a primeira é mais intensa e pode persistir por um tempo considerável (JEAN-PIERRE et al., 2007).

Podemos ainda classificar a FRC como primária ou secundária. A fadiga primária é decorrente da própria doença, ou seja, faz parte do seu quadro clínico. A fadiga secundária é decorrente de síndromes concomitantes, comorbidades ou do próprio tratamento da doença de base; e é comumente mais tratável, por estar relacionada a causas reversíveis (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS – ABCP, 2010).

A fadiga secundária à quimioterapia (FSQ) – foco deste estudo – tem presença marcante e constante durante o tratamento, sendo considerado o efeito adverso com duração mais longa, o qual apresenta aumento significativo em ciclos consecutivos (CARR; VISSERS; COOK; 2014).

O decurso da FSQ é bem caracterizado, apresentando aumento durante o tratamento e diminuição no primeiro ano pós-tratamento para a maioria dos pacientes, podendo persistir durante um longo período após a interrupção do tratamento (REINERTSEN et al., 2010; HUANG et al., 2014).

A FSQ pode afetar a capacidade do indivíduo de tolerar o tratamento – podendo resultar em descontinuidade/abandono – e participar de atividades essenciais da vida diária, prejudicando assim sua QV (MUSTIAN et al., 2017).

Ainda assim, a fadiga em pacientes com câncer tem sido sub-reportada, subnotificada e subtratada (NCCN, 2018). A natureza “invisível” da fadiga pode levar

a uma falta de compreensão da família, amigos e profissionais de saúde em relação a experiência do paciente. Consequentemente, pacientes têm que entender e gerenciar a fadiga sozinhos. Desse modo, uma maior compreensão da experiência do paciente sobre sua fadiga tem importância elevada (CORBETT et al., 2016).

### 2.2.2 Avaliação e diagnóstico

A fadiga deve ser identificada, avaliada, monitorada, documentada e tratada adequadamente em todas as faixas etárias, todos os estádios da doença, antes, durante e após o tratamento (NCCN, 2018).

Apesar de ser uma experiência subjetiva, a fadiga pode ser avaliada sistematicamente através do relato do paciente e de outros recursos de dados. O diagnóstico pode ser feito por meio de uma combinação de história clínica e exame físico, dados laboratoriais, e relatos do comportamento do paciente pelos familiares, considerando que não há uma modalidade diagnóstica única para a fadiga (CAMPOS et al., 2011; NCCN, 2018).

Para a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) a fadiga constitui um diagnóstico de enfermagem e tem como características definidoras: alteração na concentração, alteração na libido, apatia, aumento da necessidade de descanso, aumento dos sintomas físicos, cansaço, capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais, capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física, culpa devido à dificuldade para cumprir com suas responsabilidades, desempenho ineficaz de papéis, desinteresse quanto ao ambiente que o cerca, energia insuficiente, introspecção, letargia, padrão do sono não restaurador, sonolência (NANDA, 2018). A partir da avaliação física e anamnese, o enfermeiro avalia a presença das características definidoras que asseguram o diagnóstico (BONASSA; GATO, 2012).

Existem instrumentos validados, traduzidos para a língua portuguesa, para avaliar a fadiga. Os instrumentos de auto-relato devem ser utilizados por ser a melhor maneira de se avaliar sintomas subjetivos. Eles permitem que o paciente analise suas sensações e sentimentos com menor interferência externa (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS – ABCP, 2010).

Além disso, ser um instrumento multidimensional é uma característica importante para instrumentos que avaliam sintomas multidimensionais como a fadiga, pois possibilitam a obtenção de um retrato mais preciso do fenômeno (MOTA, 2008).

### 2.3 Qualidade de vida

Quando falamos de QV na área da saúde, temos duas tendências de conceituação: QV como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (SEIDL; ZANNON, 2004). Porém vale ressaltar que ainda não há uma concordância acerca do constructo QV, que é uma noção eminentemente humana, a qual varia de acordo com o tempo, local, cultura, valores, conhecimento, experiências individuais e coletivas (GARCIA et al., 2015; MACHADO, SAWADA, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1997).

Já o termo QVRS faz referência aos aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). Para o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2016), QVRS é a percepção de um indivíduo ou grupo em relação à sua saúde física e mental, ao longo do tempo.

Em oncologia, a QVRS é definida como a avaliação e satisfação do paciente com seu nível funcional atual, comparado com o que ele percebe como possível ou ideal; e é composta por quatro domínios principais – físico, funcional, mental/psicológico e social – e cinco subdomínios – trabalho, sexualidade, lazer, espiritualidade e funcionamento familiar (CELLA; TULSKY, 1993).

As mulheres com câncer de mama experimentam mudanças significativas em sua QVRS, que se devem a impactos causados pela própria doença e decorrentes dos efeitos adversos, primários e secundários, ao tratamento proposto (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

A ocorrência dos sintomas da própria doença e dos efeitos adversos da terapêutica – como a FSQ – são aspectos importantes, que afetam a autonomia e

independência de mulheres com câncer de mama em QT, gerando dificuldades biopsicossocioespirituais. Tal fato agrava a condição funcional e prejudica também a função emocional, impactando negativamente na QVRS (GARCIA et al., 2015; MACHADO, SAWADA, 2008).

Em estudo que avaliou a QVRS de pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante, a QVRS foi considerada pouco satisfatória pelas pacientes, sendo que os principais domínios afetados foram função emocional, dor, insônia e fadiga (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

A FSQ é um efeito adverso que interfere profundamente em diversos aspectos da QV de pacientes com câncer, que a reportam como um dos sintomas mais importantes e estressantes relacionados ao câncer e seu tratamento; e apresenta-se como um forte preditor de diminuição da satisfação pessoal e da QV (CAMPOS et al., 2011).

A FSQ pode interferir nas atividades de vida diária e tem um impacto físico, mental, e no bem-estar social considerável, prejudicando assim as atividades profissionais e sociais, bem como as relações interpessoais da pessoa acometida (PEOPLES et al., 2016).

Em relação à atividade laboral e a situação financeira, a FSQ resulta em diminuição de horas de trabalho, prejuízo no rendimento e até incapacidade de retornar ao trabalho. Essas questões afetam não apenas as pessoas com câncer, como também seus familiares e cuidadores (PEOPLES et al., 2016).

Tratamentos adjuvantes, como a QT, têm afetado a QVRS das pacientes com câncer de mama de várias maneiras e, estudos que avaliam a QVRS desta população são importantes para que os profissionais possam avaliar e compreender melhor estas pacientes e ajudá-las a enfrentar a doença e o curso do tratamento, a fim de restaurar um padrão satisfatório de suas atividades e da QVRS futura (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Além disso, a avaliação da QVRS em mulheres com neoplasias mamárias submetidas à QT é um importante recurso para verificação dos impactos do tratamento no contexto de vida da paciente, fundamentado na necessidade de identificar os domínios afetados, contemplando as funções físicas, emocionais, sociais e cognitivas (MACHADO, SAWADA, 2008; GARCIA et al., 2015).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo geral**

Avaliar a fadiga secundária ao tratamento quimioterápico e suas repercussões sobre a QVRS, em mulheres com câncer de mama durante a QT.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar pacientes com câncer de mama que apresentassem FSQ;
- Caracterizar dados sociodemográficos, epidemiológicos e clínicos das participantes;
- Avaliar a FSQ das participantes;
- Avaliar a QVRS das participantes;
- Descrever os fatores apontados como coadjuvantes para a ocorrência da FSQ e os recursos provenientes do conhecimento cultural utilizados pelas participantes para alívio da fadiga;
- Compreender e descrever a FSQ na perspectiva das participantes.

## 4. Material e métodos

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo prospectivo, que utilizou metodologia mista na investigação da FSQ e suas repercussões sobre a QVRS.

O uso de desenhos com métodos mistos de pesquisa é uma tendência crescente, propicia a convergência ou corroboração dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno. A combinação de métodos oferece o potencial de entendimento mais profundo dos problemas complexos de saúde, frequentemente encontrados na prática (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

Segundo Landim et al. (2006), a investigação quantitativa é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis, que permitam uma análise estatística apropriada para medir opiniões, atitudes e preferências. Na utilização de métodos estatísticos, a pesquisa quantitativa tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, gerando medidas confiáveis, generalizáveis e sem vieses. Tem aplicação, do ponto de vista social, para alcançar grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis.

O método qualitativo volta-se para a busca da compreensão de experiências, do significado e dos sentidos dos fenômenos no ambiente natural do sujeito, onde o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa utilizando seus sentidos para apreender os fenômenos em estudo. A observação dos sujeitos e a escuta atenta, tendem a aproximar o pesquisador da essência da situação em estudo (TURATO, 2005).

### 4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de Oncologia de um Hospital Universitário do Triângulo Mineiro, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que é referência para o tratamento do câncer no interior de Minas Gerais, e atende mais de 80 municípios da região. Oferece serviços de Oncologia Clínica, Quimioterapia, Radioterapia, Oncopediatria, Hematologia, internação de adultos e crianças e

Cuidados Paliativos. A equipe atuante no Hospital tem caráter multiprofissional, inclusive com participação de docentes e discentes.

No serviço em questão, grande parte das mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas a QT são convidadas a participar de um Projeto de Extensão (PE), multi e interdisciplinar, que objetiva o acompanhamento e a assistência integral durante todo o percurso deste tratamento, realizando avaliações periódicas individuais das condições física, emocional, social e espiritual, além do estudo clínico para identificação das necessidades. São oferecidas orientações que visam prioritariamente a prevenção de efeitos indesejáveis e o manejo das reações adversas, buscando capacitar as pacientes para o autocuidado.

Este projeto também tem como importante objetivo a complementação da formação de alunos de diferentes profissões da área da saúde, nos níveis de graduação e pós-graduação. O atendimento é individualizado e ocorre a cada novo ciclo de QT. O seguimento se dá durante toda esta etapa do tratamento, por um período aproximado de 6-8 meses. Devido a estas especificidades na atenção à mulher com câncer de mama em quimioterapia, muitas pesquisas têm sido desenvolvidas, ao longo dos últimos 10 anos, cujo principal objetivo é responder às indagações levantadas por participantes do PE, relacionadas à assistência prestada.

### 4.3 Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – através da Plataforma Brasil – e aprovada conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 63777816.7.0000.5152, em 21 de março de 2017 (ANEXO A). Após o convite para participação, foi realizada apresentação do estudo, seus objetivos e forma de participação; posteriormente, foi solicitada a toda convidada, previamente à inclusão, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi mantido o anonimato de todas as participantes e utilizados pseudônimos.

### 4.4 Participantes



A população desse estudo foi composta por pacientes atendidas no PE, que apresentaram FSQ, e aceitaram participar da pesquisa. O cálculo da amostra foi realizado com base no cadastro de admissão de pacientes no PE, em que foram registradas 53 pacientes durante o primeiro semestre de 2016.

A prevalência de fadiga estimada varia de forma abrangente refletindo uma variedade de populações nas quais o sintoma tem sido estudado. Tendo isso em vista, utilizamos para esse estudo a porcentagem apontada por Bonassa e Gato (2012), que afirmam que a fadiga afeta de 70% a 100% dos pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico.

Considerando a população total (N) de 53 pacientes, erro amostral de 5%, nível de confiança (Z) de 95%, com valor de Z correspondente ( $Z_{\alpha/2}$ ) de 1,96, foi estabelecida a amostra (n) de 47 mulheres; como demonstrado no cálculo a seguir.

---

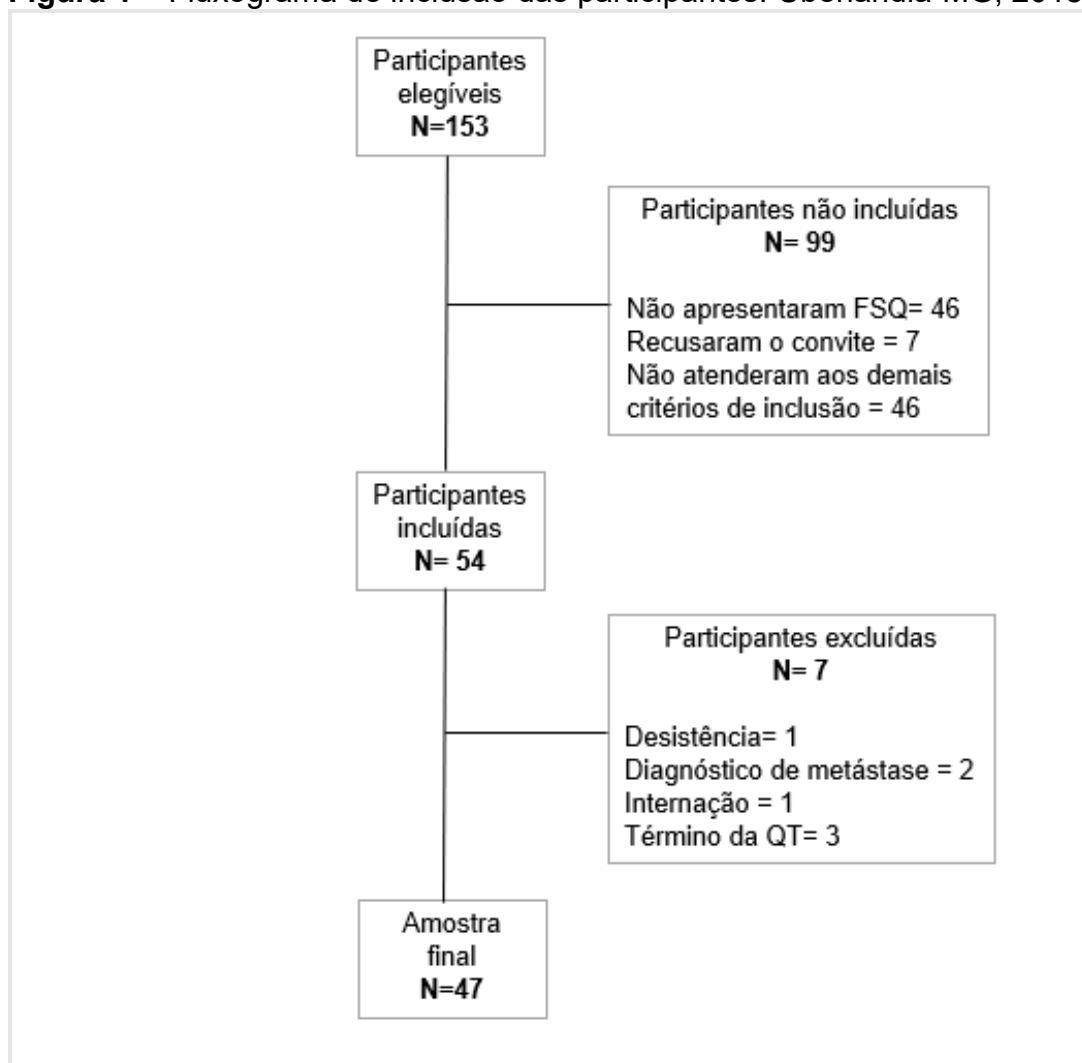
Fórmula para determinação do tamanho da amostra(n) com base na estimativa da proporção populacional

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

<b>Onde:</b>	<b>Valor</b>
Z= Nível de Confiança	95%
p= Quantidade de acerto esperado	50%
q= quantidade de erro esperado	50%
N = população total	53
E = nível de precisão	5%
<b>n = tamanho da amostra</b>	<b>47</b>

---

Foram incluídas mulheres com diagnóstico de câncer de mama, sem metástase à distância, maiores de 18 anos, em tratamento quimioterápico, com FSQ, sem fadiga prévia ao tratamento, com capacidade cognitiva preservada, participantes do PE e que apresentaram formalmente interesse em participar da pesquisa mediante assinatura prévia do TCLE. Foram excluídas desta pesquisa mulheres que desistiram de participar após ter iniciado, que tiveram o esquema de tratamento modificado após o início da pesquisa, que apresentaram metástases à distância no transcurso do tratamento, e que perderam o seguimento, devido a motivos como internação. Tal processo pode ser observado no Fluxograma de inclusão das participantes (Figura 1).

**Figura 1** – Fluxograma de inclusão das participantes. Uberlândia-MG, 2018.

**Fonte:** A autora.

#### 4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do CEP, e foi desenvolvida entre os meses de maio de 2017 a março de 2018. Foi realizado treinamento prévio das pesquisadoras para padronização da coleta de dados, através da utilização de scripts e de cartões resposta (APÊNDICE B).

Durante a consulta de enfermagem realizada no PE, a paciente que apresentava queixas que remetessem à fadiga, tais como: falta de energia, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, fraqueza, dispneia, dor, alterações do paladar, prurido, lentidão, irritabilidade, e perda de concentração; e que se enquadrasse em alguma das características definidoras propostas pela

NANDA International (NANDA, 2018) para o diagnóstico de fadiga, foi abordada e convidada a participar da pesquisa. Vale ressaltar que não era necessário o relato de todas as queixas, e nem que a paciente se enquadrasse em todas as características definidoras descritas acima, para estabelecer o diagnóstico de fadiga.

Após diagnóstico da fadiga, a paciente era convidada a participar da pesquisa e, quando ocorria o aceite, era esclarecida quanto à forma de participação no estudo e solicitada a assinatura do TCLE.

Os dados quantitativos-qualitativos foram coletados, de forma concomitante, em dois momentos – assim que a FSQ foi diagnosticada (T1) e no ciclo quimioterápico subsequente (T2) – o que permitiu avaliar a FSQ e a QVRS das participantes em momentos distintos. O tempo estimado para cada coleta foi de 40 minutos.

A fim de descrevermos o contexto sociodemográfico e clínico, bem como realizar a caracterização da população estudada, foram utilizados os dados da ficha de atendimento da consulta de enfermagem (identificação, anamnese e exame físico) – elaborada e já utilizada no PE – dados clínicos do prontuário e dados obtidos durante a entrevista para preenchimento do Formulário de Caracterização Sociodemográfica das Participantes (APÊNDICE C).

Posteriormente ao diagnóstico da FSQ, a fim de endossar o diagnóstico, foi aplicado o Pictograma de Fadiga (ANEXO B) em T1. O Pictograma de Fadiga é uma escala composta por duas questões graduadas em cinco ilustrações que permitem avaliar a intensidade e o impacto da fadiga. É um instrumento curto, simples, e que, devido às ilustrações, pode ser utilizado em indivíduos de baixa escolaridade (MOTA; PIMENTA; FITCH, 2009).

Também foi aplicada a Escala de Fadiga de Piper Revisada (ANEXO C), em T1 e T2. Esta escala é um instrumento multidimensional de auto relato para a avaliação de fadiga, validado para a língua Portuguesa. A versão brasileira da escala é composta por 22 itens, distribuídos em três dimensões: dimensão comportamental (itens 2 a 7), afetiva (itens 8 a 12) e sensorial/psicológica (itens 13 a 23). O escore total é calculado pela média dos itens (2 a 23) e os escores das dimensões são calculados pela média dos itens contidos em cada dimensão. O escore total e das dimensões são descritos numa escala numérica de 0 a 10, sendo que quanto maior o resultado, maior a fadiga (MOTA; PIMENTA; PIPER, 2009).

A dimensão comportamental, avalia componentes relacionados à capacidade funcional que podem ser prejudicados pela fadiga, como questões pessoais, atividades sociais e relacionamento sexual. A dimensão afetiva busca identificar a interpretação ou o significado atribuído à fadiga. A dimensão sensorial/psicológica reúne componentes de autopercepção, emocionais e cognitivos na presença da fadiga (MOTA, 2008).

Utilizamos a classificação sugerida por Mota (2008): ausência de fadiga - escore 0; fadiga leve - escore  $0 < 4$ ; fadiga moderada - escore  $4 \geq 6$ ; fadiga intensa -  $6 \geq 10$ .

Além dos 22 itens fechados, existem 5 questões abertas (itens número 1 e 24 a 27) que não são usadas para o cálculo do escore do instrumento, mas nos permitem obter dados adicionais sobre a fadiga, enriquecendo a qualidade das informações e os aspectos subjetivos relacionados, para melhor compreensão da experiência vivida. A questão 1 avalia a duração da fadiga; a questão 24 avalia o que o indivíduo acredita causar a fadiga; a questão 25 avalia o que o indivíduo faz para aliviar a fadiga; a questão 26 permite ao indivíduo relatar qualquer outro aspecto sobre a fadiga que ele considere importante; e a questão 27 avalia a presença de outros sintomas e, caso a resposta seja positiva, qual(is) seria(m) (MOTA; PIMENTA; PIPER, 2009). Estas questões – 1 e 24 a 27 – foram utilizadas para a investigação qualitativa; e suas respostas foram audiogravadas mediante autorização das participantes.

Observamos em outros estudos que avaliaram a fadiga em pacientes com câncer, através da Escala de Fadiga de Piper Revisada, que os dados adicionais obtidos por meio das questões abertas foram submetidos à análise de conteúdo, porém sem explorar as falas dos participantes, o que pode estar relacionado à ausência de audiogravação (MOTA, 2008; PADAVINI, 2014).

Para avaliação da QVRS, foi utilizado o European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ- C30) (ANEXO D), versão 3.0, em português, em T1 e T2 (AARONSON et al., 1993). O questionário contém 30 itens compostos por escalas com múltiplos itens e medidas de item único, que visam refletir a multidimensionalidade da QV. Esse instrumento inclui cinco escalas funcionais (função física, função cognitiva, função emocional, função social e desempenho de papéis), três escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos), uma escala de QV e saúde global, seis outros itens que avaliam

sintomas comumente relatados por doentes com câncer (dispneia, falta de apetite-anorexia, insônia, constipação e diarreia) e escala de avaliação do impacto financeiro do tratamento e da doença.

Para cálculo dos escores do EORTC QLQ- C30 utilizou-se o Manual de Escores. Os escores variam de zero a 100, sendo que um alto valor do escore representa um alto nível de resposta. Assim, se o escore apresentado na escala funcional for alto, isso representa um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto na escala de sintomas, representa um nível alto de sintomatologia e efeitos colaterais (FAYERS et al.,2001).

Para comparação dos resultados, utilizou-se os critérios propostos por Osoba et al. (1998) que estabelece que diferenças nos escores do EORTC QLQ- C30 de 5 a 10 correspondem a pequenas mudanças, de 10 a 20 correspondem a mudanças moderadas, e maiores que 20 são grandes mudanças.

#### 4.6 Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados em planilhas no programa Microsoft Excel 2016, com dupla digitação para maior confiabilidade na transcrição dos dados. A análise estatística, dos dados quantitativos, foi realizada por meio do software SPSS Windows Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0, para Windows. As variáveis quantitativas foram expressas por valor mínimo, valor máximo, média, mediana, desvio padrão, frequência absoluta, frequência relativa.

Foi utilizado o Teste T pareado para a comparação das médias das variáveis entre os tempos; e o coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para análise da associação entre as variáveis. O nível de significância foi de p value de 0,05.

Os dados qualitativos, oriundos das respostas das questões abertas da Escala de Fadiga de Piper Revisada, foram audiogravados – o que possibilitou uma abordagem ampliada – transcritos, e submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens; e consiste nas seguintes etapas:

- Pré-análise: escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final.
- Exploração do material ou codificação: os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto.
- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexa, permitindo apresentar os dados.

## 5. Resultados

### 5.1 Caracterização das participantes do estudo

As variáveis sociodemográficas das mulheres participantes desse estudo estão dispostas na Tabela 1. Em relação à ocupação, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2002).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo. Uberlândia-MG, 2018.

	n	%
<b>Idade</b>		
<40 anos	2	4,26%
40-49 anos	16	44,04%
50-69 anos	26	55,32%
70 anos ou mais	3	6,38%
<b>Cor</b>		
Branco	29	61,70%
Pardo	13	27,66%
Negro	2	4,26%
Outro	3	6,38%
<b>Estado Conjugal</b>		
Solteira	11	23,40%
União Estável	6	12,77%
Casada	21	44,68%
Divorciada	8	17,02%
Viúva	1	2,13%
<b>Grau de instrução</b>		
Analfabeto	0	0,00%
Ensino fundamental incompleto	25	53,19%
Ensino fundamental completo	3	6,38%
Ensino médio incompleto	4	8,51%
Ensino médio completo	11	23,40%
Ensino superior incompleto	2	4,26%
Ensino superior completo	2	4,26%
<b>Ocupação (CBO)</b>		
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	2	4,26%
Profissionais das ciências e das artes	1	2,13%
Técnicos de nível médio	3	6,38%
Trabalhadores de serviços administrativos	2	4,26%
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	37	78,72%

(Continua)

		(Conclusão)
	n	%
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2	4,26%
<b>Religião</b>		
Católica	18	38,30%
Evangélica	15	31,91%
Espírita	9	19,15%
Outra*	5	10,64%

**Fonte:** A autora.

\*Compreende outras denominações religiosas como Testemunhas de Jeová, adventismo, religiões afro-brasileiras, entre outros.

Conforme observado acima, houve prevalência de mulheres na faixa etária dos 50-69 anos (55,32%), brancas (61,70%), casadas (44,68%), que cursaram até o Ensino Fundamental Incompleto (53,19%), que desempenham atividades que se enquadram na categoria dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (78,72%), que se autodenominaram católicas (38,30%).

A faixa etária dos 40-49 anos também apresentou alta prevalência (44,04%).

Vale ressaltar que fazem parte da categoria dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, os trabalhadores dos serviços domésticos em geral, inclusive as mulheres que se declaram “do lar” ou domésticas, as quais constituem a maioria da população deste estudo.

Apesar da religião católica ter sido predominante, a porcentagem de mulheres evangélicas também foi considerável (31,91%).

Os dados referentes à distribuição das mulheres com FSQ, segundo as variáveis clínicas, podem ser observados na Tabela 2.

**Tabela 2** – Caracterização clínica das participantes do estudo. Uberlândia-MG, 2018.

	n	%
<b>Menarca</b>		
Antes dos 12 anos	9	19,15%
Após 12 anos	38	80,85%
<b>Número de Filhos</b>		
0	5	10,64%
1	10	21,28%
Acima de 2	32	68,09%
<b>Diagnóstico histopatológico</b>		
Carcinoma invasivo	47	100,00%

(Continua)



	(Conclusão)	
	n	%
<b>Lateralidade</b>		
Mama direita	22	46,81%
Mama esquerda	24	51,06%
Bilateral	1	2,13%
<b>Estadiamento patológico*</b>		
I	4	8,51%
IIA	9	19,15%
IIB	8	17,02%
IIIA	13	27,66%
IIIB	9	19,15%
IIIC	4	8,51%
<b>Ciclo quimioterápico no diagnóstico da FSQ</b>		
1º AC**	11	23%
1º FAC***	1	2%
1º paclitaxel	3	6%
1º TC****	1	2%
2º AC**	8	17%
2º paclitaxel	6	13%
3º AC**	7	15%
3º paclitaxel	5	11%
3º TC****	1	2%
4º AC**	4	9%

**Fonte:** A autora.

\*Classificação TNM (UICC, 2017) – ECI: T1N0M0; ECIIA: T0-2N0-1 0; ECIIIB: T2-3N0-1M0; ECIIIA: T0-3N1-2M0; ECIIIB: T4N0-2M0; ECIIIC: Qualquer TN3M0.

\*\*Doxorrubicina e ciclofosfamida

\*\*\*Doxorrubicina, ciclofosfamida e fluoruracila

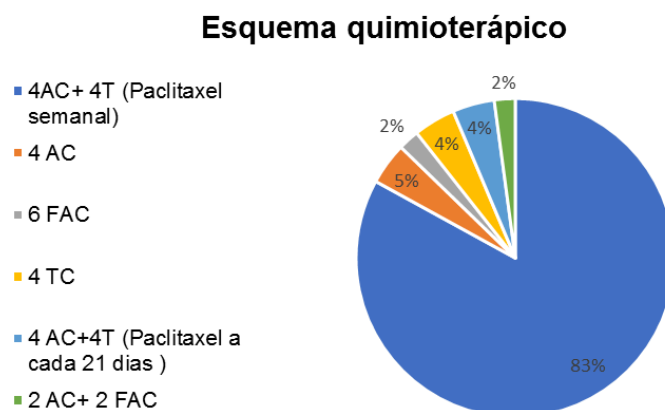
\*\*\*\*Docetaxel e ciclofosfamida

Aproximadamente 80% das mulheres com FSQ tiveram menarca após 12 anos, e 68% tiveram mais de um filho. Todas as mulheres participantes desse estudo foram diagnosticadas com carcinoma de mama invasivo, sendo que pouco mais da metade (51,06%) tiveram a mama esquerda acometida, e 27,66% foram enquadradas no estágio IIIA (T0-3, N1-2, M0).

No momento do diagnóstico da FSQ (T1), a maioria das mulheres estava sendo submetida ao tratamento quimioterápico com AC (doxorrubicina e ciclofosfamida), sendo que 23% delas estavam no 1º ciclo.

Quanto ao esquema quimioterápico administrado, podemos observar na Figura 2, que o esquema 4AC-4T (4 ciclos de doxorrubicina e ciclofosfamida, com intervalo de 3 semanas; seguido de Paclitaxel consecutivo por 12 semanas) foi o mais utilizado (83%).

**Figura 2** – Distribuição das participantes quanto ao esquema quimioterápico administrado. Uberlândia-MG, 2018



**Fonte:** A autora.

## 5.2 Prevalência de fadiga secundária nas participantes do estudo

A FSQ foi avaliada através de dois instrumentos: o Pictograma de Fadiga – no momento do diagnóstico da FSQ (T1) – e a Escala de Fadiga de Piper Revisada, que foi aplicada em T1 e no ciclo quimioterápico subsequente (T2).

Através da utilização do Pictograma de Fadiga – que nos permite avaliar a intensidade (Tabela 3) e o impacto da fadiga (Tabela 4) - 38% das mulheres afirmaram estar “moderadamente cansadas”, 36% “um pouquinho cansadas”, 13% “muito cansadas” e 11% “extremamente cansadas”. No que diz respeito a realização das atividades diárias e o impacto da FSQ, 30% afirmaram que “conseguiram fazer quase tudo que habitualmente fazem” no seu dia-a-dia, 26% disseram que “só fazem o que realmente tem que fazer”, 23% “conseguiram fazer algumas coisas”, 13% “faziam tudo que habitualmente fazem”, e 9% afirmaram “conseguir fazer muito pouco”.

**Tabela 3** – Intensidade da fadiga (Pictograma de Fadiga) relatada pelas participantes do estudo. Uberlândia-MG, 2018.

	n	%
Nada cansado	1	2%
Um pouquinho cansado	17	36%
Moderadamente cansado	18	38%
Muito cansado	6	13%
Extremamente cansado	5	11%

**Fonte:** A autora.

**Tabela 4** – Impacto da fadiga (Pictograma de Fadiga) nas participantes do estudo. Uberlândia-MG, 2018.

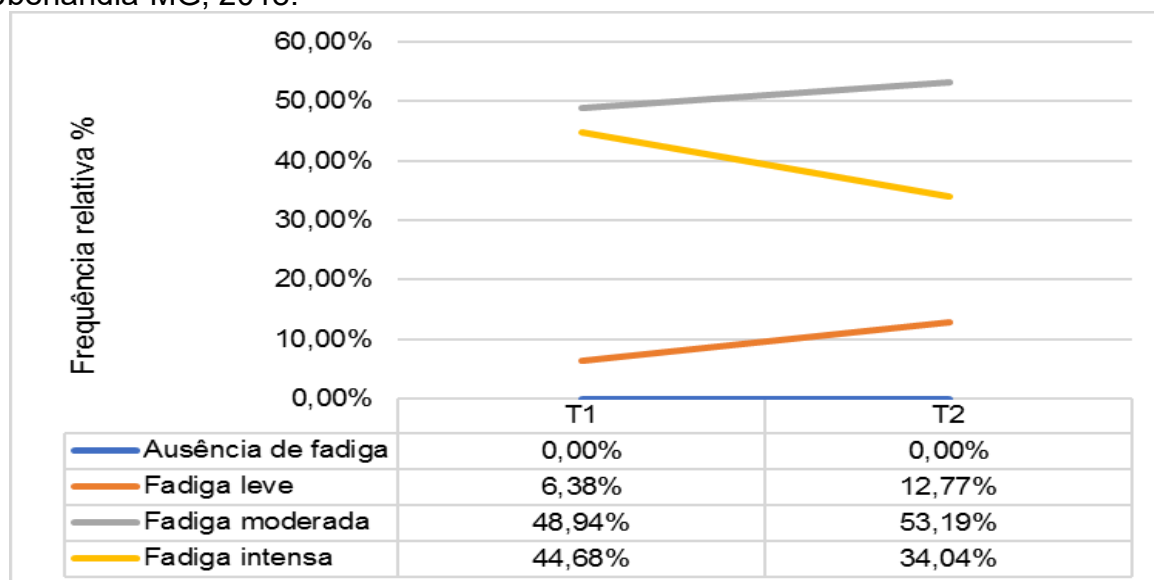
	n	%
Eu consigo fazer tudo que habitualmente faço	6	13%
Eu consigo fazer quase tudo que habitualmente faço	14	30%
Eu consigo fazer algumas das coisas que habitualmente faço	11	23%
Eu só faço o que tenho que fazer	12	26%
Eu consigo fazer muito pouco	4	9%

**Fonte:** A autora.

A Escala de Fadiga de Piper Revisada, devido ao seu caráter multidimensional, viabilizou a avaliação da fadiga e das dimensões comportamental, afetiva e sensorial/psicológica.

A maior frequência foi de mulheres com fadiga moderada, seguida de fadiga intensa; porém na Figura 3 podemos observar que houve um aumento de mulheres com fadiga leve e moderada – comparando T1 com T2 – e uma diminuição de mulheres com fadiga intensa.

**Figura 3** – Intensidade da fadiga avaliada pela Escala de Fadiga de Piper Revisada. Uberlândia-MG, 2018.



**Fonte:** A autora.

Na Tabela 5, podemos observar as medidas de tendência central, variabilidade e análise univariada dos itens da Escala de Fadiga de Piper Revisada.

Os escores médios de fadiga total foram 5,90 e 5,61 em T1 e T2, respectivamente; porém esta diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,130$ ).

A dimensão mais afetada foi a dimensão afetiva, seguida das dimensões sensorial/psicológica e comportamental. A única dimensão que apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,048$ ), de T1 para T2, foi a dimensão sensorial/psicológica.

**Tabela 5** – Medidas de tendência central, variabilidade e análise univariada dos itens da Escala de Fadiga de Piper Revisada. Uberlândia-MG, 2018.

	Mínimo		Máximo		Média		Mediana		Desvio Padrão		$p^*$
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	
Fadiga total	3,05	2,14	9,5	9,45	5,9	5,61	5,82	5,32	1,46	1,52	0,130
Dimensão comportamental	1,17	0	9,5	9,67	5,16	5,28	4,67	5,67	2,26	2,4	0,958
Dimensão afetiva	2,8	0	10	10	7,1	6,75	7,2	6,8	1,9	2,31	0,302
Dimensão sensorial/psicológica	3,27	0	9,45	9,27	5,75	5,33	5,27	5,09	1,49	1,72	0,048

**Fonte:** A autora.

\*Teste T pareado

### 5.3 A fadiga secundária à quimioterapia na perspectiva das participantes do estudo

A partir da categorização dos dados relativos às questões abertas da Escala de Fadiga de Piper Revisada, foi possível estabelecer categorias que trazem os aspectos subjetivos da avaliação da FSQ, dos discursos das participantes. As respostas verbais registradas foram analisadas e categorizadas, e serão expostas adiante.

Todas as participantes deste estudo responderam as seguintes perguntas em T1 e T2: “De modo geral, o que você acha que contribui ou causa a sua fadiga?”; “De modo geral, o que mais alivia a sua fadiga é.”; “Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer para descrever melhor sua fadiga?”; “Você está sentindo qualquer outro sintoma agora?”.

Quando questionadas sobre o que contribui ou causa, para ocorrência da fadiga, a QT foi apontada como a principal causa, seguida do estado emocional/psicológico (estresse, irritabilidade, raiva, etc.). Outros fatores foram apontados como coadjuvantes para a ocorrência da FSQ, tais como o medo e preocupação, desajustes no relacionamento familiar, alteração na autoimagem relacionada ao tratamento (alopecia, obesidade, etc.), esforço físico para realização das atividades de vida diária. Na primeira entrevista, 3 mulheres não responderam a este questionamento e em T2 uma mulher não respondeu (Tabela 6).

**Tabela 6** - Causas para fadiga relatadas pelas participantes do estudo. Uberlândia, 2018.

Causa	N		%	
	T1	T2	T1	T2
Medo e preocupação	4	3	8,51%	6,39%
Quimioterapia	21	27	44,68%	57,45%
Estado emocional/psicológico	12	11	25,53%	23,40%
Desajustes no relacionamento familiar	3	0	6,38%	0,00%
Alteração na autoimagem	2	1	4,26%	2,13%
Esforço físico/Atividades diárias	2	4	4,26%	8,51%
Não responderam	3	1	6,38%	2,13%

**Fonte:** A autora.

A seguir, dispomos trechos dos relatos de duas participantes, que bem ilustram como a QT, e fatores como o estado emocional/psicológico são relatados como causadores para a fadiga:

*“O que me causa a fadiga é... a quimio... assim que eu termino a quimioterapia passa uns cinco dias, começa a dar a fadiga, você entendeu? Eu acho que seja a medicação que ajuda muito, essa fadiga. É um desespero grande demais, nas pernas, nas costas, sabe? O seu próprio corpo te fadiga... você quer andar, você não pode. Eu sinto tudo isso. É porque seu psicológico... o meu psicológico me afeta nessa fadiga, eu já percebi isso.”*  
(Vinca, 2ª entrevista- 02/03/2018)

*“Bom o que eu acho... é o tratamento, o tratamento. O tratamento porque eu não me sentia desse jeito e foi depois da quimioterapia que eu passei a ficar*

*assim. Então o que mudou foi isso aí. Assim... preocupação. Isso aí piora.”*  
(Semânia, 2ª entrevista -07/02/2018)

Quando questionamos sobre o que mais aliviava a FSQ, encontramos a prática do repouso – dormir, deitar, sentar, esperar o tempo passar – referida como principal recurso para alívio, seguida por medidas de distração – passear, trabalhos manuais, ler, ouvir músicas, mexer no celular, conversar – e buscar a Deus por meio de preces e leitura da Bíblia. Tomar banho, chorar, também foram citados como recursos para alívio (Tabela 7). Alguns outros recursos (12%) – apoio social, consumo de chás, uso de analgésicos, ficar sozinha, uso de medicamentos para dormir – foram citados, porém não se enquadraram em nenhuma das categorias.

**Tabela 7** – Recursos para alívio da fadiga relatados pelas participantes do estudo. Uberlândia, 2018.

Medidas de alívio	n		%	
	T1	T2	T1	T2
Buscar a Deus	4	1	8,51%	2,13%
Banho	1	3	2,13%	6,38%
Repouso	25	22	53,19%	46,8%
Medidas de distração	9	14	19,16%	29,79%
Chorar	2	1	4,26%	2,13%
Outros	6	6	12,77%	12,77%

**Fonte:** A autora.

Para a mulher fatigada, o repouso – que é uma medida de conservação de energia – tornou-se uns dos principais recursos para alívio da FSQ:

*“Eu repouso... eu repouso, quando eu vejo que eu não dou conta, eu repouso... um pouco.”* (Torênia, 2ª entrevista -21/02/2018)

*“Ah... eu procuro deitar, relaxar um pouco e pensar em coisas boas né, ler alguma coisa né ...ajuda muito.”* (Semânia, 2ª entrevista -07/02/2018)

Medidas de distração, como realização de trabalhos manuais, e a busca por Deus, através da Bíblia, também foram mencionados como recursos para alívio da fadiga:

*“Ah... eu tenho meus artesanatos, eu faço artesanatos. Eu faço tapete, eu faço crochê, eu faço trabalhos manuais.”* (Torênia, 2ª entrevista -21/02/2018)

*“A Bíblia né, muito bom que fortalece a gente e dá tranquilidade e paz também.”* (Semânia, 2ª entrevista -07/02/2018)

Quando questionamos sobre algo que gostaríamos de dizer e/ou explicar melhor sobre a fadiga, poucas mulheres se manifestaram (n=6). Porém, ainda assim, através de suas falas percebemos o impacto do estado emocional/psicológico para a ocorrência da fadiga, como este efeito adverso impacta nas atividades de vida diária dessas mulheres, e como seu efeito em geral é duradouro.

*“Essa fadiga é um cansaço, resumindo é um cansaço tanto físico como mental, que se agrava quando eu passo por uma situação de pressão ou estresse. Eu posso estar bem, que se eu passar por uma situação de estresse, agrava tudo, até a minha saúde física agrava.”* (Orquídea, 2ª entrevista – 21/12/2017)

*“Olha, pra mim que não sou de ficar quieta, ela (a fadiga) representa uma inércia! Ficar lá parada, eu não gosto disso. Porque meu espírito não é de ficar parada, eu gosto é de agir. Então, fica parecendo que tô numa inércia, ali, catatônica, parada, e eu não gosto disso.”* (Semânia, 2ª entrevista - 07/02/2018)

*“Do tratamento, o pior é a fadiga. E a fadiga é um período maior, porque? Porque você termina a quimioterapia, depois de sete dias acabou aquela ânsia de vômitos, aquela fraqueza, você já começa a alimentar, já vai passando... e a fadiga não passa nesse período, entendeu? A fadiga vai passar quando você já tá quase tomando a outra quimioterapia.”* (Vinca, 2ª entrevista- 02/03/2018)

Poucas mulheres relataram estar sentindo outro sintoma no momento da entrevista. Em T1, 10 mulheres se manifestaram referindo: “aperto no peito”, tosse,

coceira, dor ou enjoo. Em T2, referiram (n=10) dor, cansaço, ressecamento na boca, dormência nas mãos e pés, tontura, ardência nos olhos, enjoo.

#### 5.4 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde das participantes do estudo

A avaliação da QVRS em mulheres com FSQ foi realizada através da aplicação do EORTC QLQ-C30, em T1 e T2. A Tabela 8 mostra as medidas de tendência central, variabilidade e análise univariada de cada escala e item do EORTC QLQ-C30.

**Tabela 8** – Medidas de tendência central, variabilidade e análise univariada das escalas e itens do EORTC QLQ-C30. Uberlândia-MG, 2018.

	Mínimo		Máximo		Média		Mediana		Desvio Padrão		p*
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2	
<b>Estado geral de saúde /QV</b>	25	0	100	100	68,09	67,38	66,67	75	18,33	23,37	0,842
<b>Escalas funcionais</b>											
Função Física	33,33	26,67	100	100	73,48	71,63	80	73,33	21,1	20,92	0,530
Desempenho de Papéis	0	0	100	100	73,4	73,76	83,33	83,33	32,54	29,64	0,933
Função emocional	0	8,33	100	100	60,64	67,02	66,67	66,67	28,69	27,31	0,095
Função cognitiva	33,33	0	100	100	81,91	80,85	83,33	100	20,8	27,14	0,701
Função social	0	0	100	100	59,22	60,99	66,67	66,67	28,19	31,33	0,696
<b>Escalas de sintomas / itens</b>											
Fadiga	0	0	100	100	37,35	39,95	33,33	33,33	21,79	39,95	0,430
Náusea e Vômito	0	0	83,33	100	12,41	14,54	0	0	19,8	23,47	0,533
Dor	0	0	100	100	32,27	29,43	33,33	16,67	29,98	30,14	0,511
Dispneia	0	0	100	100	9,93	11,35	0	0	24,98	28,04	0,660
Insônia	0	0	100	100	34,75	23,40	0	0	41,09	33,27	0,062
Perda de Apetite	0	0	100	100	34,75	31,91	33,33	33,33	36,75	33,3	0,522
Constipação	0	0	100	100	17,02	23,4	0	0	24,94	29,42	0,192
Diarreia	0	0	100	100	4,96	9,22	0	0	16,99	24,77	0,323
Dificuldades financeiras	0	0	100	100	36,17	34,75	00	33,33	42,18	39,9	0,756

**Fonte:** A autora.

\* Teste de T pareado



As participantes do estudo apresentaram uma QV razoável, visto que o estado geral de saúde/QV atingiu uma média de 68,09 em T1 e 67,38 em T2; porém não houve alteração significativa ( $p=0,842$ ) da QV entre os tempos.

Dentre as escalas funcionais, a que assumiu maior média foi a função cognitiva, seguida da função física e desempenho de papéis. As funções emocional e social apresentaram médias mais baixas, demonstrando assim um maior comprometimento da QVRS nesses quesitos.

A função social foi a que apresentou menor média. Tal achado nos revela o quanto a FSQ tem impactado na QV das mulheres com câncer de mama no que diz respeito a sua vida social e familiar, e nos relacionamentos que nela são estabelecidos.

Nas escalas de sintomas, onde quanto maior o escore maior o nível de sintomatologia e efeitos colaterais, houve predomínio da fadiga, seguida de perda de apetite, insônia e dor. Dentre esses sintomas, apenas a fadiga apresentou aumento em T2.

Diarreia, dispneia, náusea e vômito, constipação apresentaram escores baixos, indicando baixa sintomatologia e menor comprometimento da QVRS por esses sintomas.

O único sintoma que apresentou alteração moderada foi a insônia, com uma diminuição de T1 para T2; os demais sintomas apresentaram pequenas mudanças. Apesar dessa diminuição, a diferença de T1 para T2 não foi significativa ( $p=0,062$ ).

Com relação às dificuldades financeiras, o escore médio foi de 36,17 em T1 e 34,75 em T2, não apresentando alteração significativa entre os tempos ( $p=0,756$ ). A fadiga e as dificuldades financeiras se correlacionaram diretamente, porém de modo não significativo. Ainda assim, considerando que a FSQ é uma das causas do afastamento/abandono do trabalho durante o tratamento, as mulheres desse estudo indicaram certa dificuldade financeira relacionada ao tratamento.

A análise univariada dos itens do EORTC QLQ-C30, não indicou diferença estatisticamente significativa entre as médias de T1 para T2.

## 5.5 Correlação entre as variáveis

A Tabela 9 mostra a associação entre as variáveis de maior interesse da Escala de Fadiga de Piper e do EORTC-QLQ C30.

**Tabela 9** – Associação entre variáveis da Escala de Fadiga de Piper Revisada e do EORTC-QLQ C30. Uberlândia-MG, 2018.

	T1		T2	
	<i>r</i> *	<i>p</i> **	<i>r</i> *	<i>p</i> **
Fadiga total e QV	-0,237	0,108	-0,365	0,012
Fadiga e função física	-0,311	0,033	-0,382	0,008
Fadiga e função emocional	-0,359	0,013	-0,466	0,001
Fadiga e função social	-0,137	0,357	-0,334	0,022
Fadiga e dor	0,082	0,586	0,489	0,000
Fadiga e dificuldades financeiras	0,231	0,118	0,232	0,116

**Fonte:** A autora.

\*Coeficiente de correlação de Spearman

\*\*Significância

As associações entre as variáveis fadiga total e estado geral de saúde/QV ( $p=0,012$ ), função social ( $p=0,022$ ) e dor ( $p<0,01$ ) foram significativas apenas em T2. Visto isso, quanto mais intensa a fadiga pior será a QV, a função social e a dor.

A fadiga e as funções física e emocional, apresentaram correlação inversa e significativa nos dois momentos de avaliação (T1 e T2); sendo que em T2 essa associação foi fortemente significativa ( $p<0,01$ ). Desse modo, quanto mais intensa a fadiga, maior será o comprometimento funcional e emocional.

Esses resultados, com maior significância das associações em T2, nos sugerem que quanto mais persistente a FSQ, maior poderá ser o comprometimento da QVRS.

## 6. Discussão

As participantes desse estudo eram em sua maioria brancas, casadas, católicas, não haviam completado o Ensino Fundamental, e se enquadravam na faixa etária dos 50 a 69 anos, como observado nos estudos de Panobianco et al. (2011) e Azevedo et al. (2017).

Em relação à faixa etária prevalente entre as participantes deste estudo, vale ressaltar que é a que se concentra a maior incidência da doença e também a mesma para a qual o SUS oferece mamografia bianualmente, o que contribui para o diagnóstico nessa faixa etária (NCCN, 2018).

A categoria dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados foi prevalente entre as participantes (78%). Do mesmo modo, em um estudo que objetivou traçar o perfil das mulheres brasileiras inseridas no mercado de trabalho, 91% das mulheres dedicavam-se aos afazeres domésticos, com uma média de  $22,52 \pm 13,99$  horas semanais nessas atividades, e o maior agrupamento ocupacional de mulheres era o de trabalhadoras do setor de serviços (VIDAL; NETO, 2009).

Em relação à religião, apesar da maioria das mulheres se declararem católicas, observamos um número considerável de mulheres evangélicas (31,91%), o que vem ao encontro da transição religiosa que está ocorrendo no Brasil. As mudanças na distribuição das filiações religiosas têm ocorrido de forma acelerada, o crescimento evangélico é um fenômeno amplo e geral; já o número dos que se declaram católicos está em retração (ALVES et al., 2017).

A espiritualidade e a prática religiosa possuem extrema importância no enfrentamento do câncer de mama, considerando as crenças e valores dos vários níveis de experiências de vida existentes na humanidade. O enfrentamento religioso pode ser considerado como aceitação da doença e obtenção de vantagens para lidar com o câncer de mama (CHOUMANOVA et al., 2006; GALL, CHARBONNEAU, FLORACK, 2011).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a idade da primeira menstruação menor que 12 anos e a nuliparidade são fatores envolvidos na etiologia do câncer de mama (BRASIL, 2017). A maioria das participantes teve menarca após

os 12 anos e mais de 2 filhos, porém estes fatores não impediram que o câncer de mama ocorresse.

Quanto ao estadiamento, o estágio IIIA foi predominante (27,66%) – o qual podemos considerar avançado – o que nos sugere um diagnóstico tardio. Estádios mais avançados de câncer de mama, exigem terapêuticas mais agressivas para viabilizar a cura; dessa forma as mulheres são mais acometidas pelos efeitos adversos, e tem assim sua QVRS mais comprometida.

Azevedo et al. (2017), apontam a necessidade da realização de planos e ações para reduzir o atraso na condução dos casos de câncer de mama nos serviços públicos, para que a detecção precoce e a cura sejam realidades mais frequentes no país.

O esquema quimioterápico mais adotado foi o esquema 4AC-4T (4 ciclos de doxorubicina e ciclofosfamida, com intervalo de 3 semanas; seguido de Paclitaxel consecutivo por 12 semanas). Podemos relacionar tal achado a disponibilidade variável de insumos no serviço público de saúde, a escolha da mulher – que na maioria das vezes prefere fracionar semanalmente o esquema acreditando em uma menor ocorrência de efeitos adversos – e a decisão do oncologista, baseada nos achados clínicos e exames.

O esquema quimioterápico que contém paclitaxel, segundo o último guideline da National Comprehensive Cancer Network (NCCN), tem melhor resultado em mulheres com câncer de mama ER negativo, com melhora das taxas livre de doença e da sobrevida global. No estudo de comparação entre os esquemas com paclitaxel e docetaxel, não foram encontradas diferenças significativas; porém ao comparar o paclitaxel a cada 21 dias com o semanal, observou-se que o regime semanal foi superior no que diz respeito a sobrevida livre de doença (NCCN, 2018).

Em uma revisão integrativa sobre a QVRS dos pacientes com câncer em QT do Brasil e Espanha, foi evidenciado que o estágio da doença (ex: estágio III) e alguns protocolos de QT (ex.: 5-Fluorouracil+ciclofosfamida+doxorubicina, uso de antracíclicos e taxanos) causam mais sintomas e são fatores que influenciam para pior QV (SAWADA et al., 2016).

Na avaliação do impacto e da intensidade da FSQ em T1, por meio do Pictograma de Fadiga, 38% das mulheres consideraram-se moderadamente cansadas, 30% afirmaram que conseguiam fazer quase tudo que habitualmente faziam no seu dia-a-dia; 26% disseram que só faziam o que realmente precisavam

fazer; o que ratifica os resultados do estudo de Crawford e Gabilove (2000), no qual pacientes com fadiga relataram comprometimento significativo em sua capacidade de completar uma variedade de atividades da vida diária, incluindo preparo de alimentos, limpeza da casa e atividades sociais com amigos e familiares.

Observou-se nas mulheres incluídas neste estudo, segundo a Escala de Piper Revisada, um escore moderado de fadiga (aproximadamente 6), assim como nos estudos de Mansano-Schlosser e Ceolim (2014) e Padavini (2014).

Houve uma pequena, porém não significativa, diminuição no escore médio da FSQ de T1 para T2, que pode estar relacionada à diminuição de mulheres com fadiga intensa e aumento de mulheres com fadiga leve e moderada em T2. Ao contrário, no estudo de Liu et al. (2012), houve aumento da fadiga do ciclo 1 para o ciclo 4; tal diferença pode ser explicada pelo maior intervalo de avaliação e pela adoção de instrumentos diferentes para mensuração do fenômeno. Já no estudo de Lamino, Mota e Pimenta (2011), que avaliou fadiga e dor em mulheres com câncer de mama, houve maior prevalência de mulheres com fadiga moderada, assim como encontrado em nosso estudo.

Vale ressaltar que a existência de poucos estudos que avaliaram a fadiga em mulheres com câncer de mama em QT, limita comparações. Verificamos estudos que avaliaram a fadiga em sobreviventes do câncer de mama (CORBETT et al., 2016), que trabalharam com a fadiga em diferentes tipos de câncer (ARAÚJO et al., 2017), que avaliaram a fadiga independentemente da terapêutica utilizada (PANOBIANCO et al., 2012), ou do gênero (TIAN et al., 2016) (PEOPLES et al., 2016); assim, são raros os que trabalharam com a população em questão, o que aumenta a relevância do presente estudo.

Dentre as dimensões avaliadas, a mais afetada foi a dimensão afetiva, que diz respeito à interpretação ou o significado atribuído à fadiga. Apesar de não ter apresentado diferença estatisticamente significativa de T1 para T2, tal impacto pode ser melhor compreendido através das falas das participantes Vinca e Semânia, que se referem à FSQ como um desespero, uma inércia.

A mulher com câncer de mama, que vivencia a FSQ, passa a lidar com muitos sentimentos que antes não estavam presentes em sua vida, tais como insegurança, incerteza, medo, entre outros. Conforme apontado no estudo de Curt et al. (2000), a FSQ tem um efeito emocional tão profundo nos pacientes, que cerca de 90% dos

doentes relataram perda do controle emocional, 74% apresentaram sentimentos de isolamento e desamparo, e 72% sentimentos de abatimento.

A dimensão comportamental, que diz respeito à capacidade funcional, que pode ser prejudicada pela fadiga, também foi afetada, apresentando escores moderados.

No estudo de Martins et al. (2009), que analisou o desempenho profissional e doméstico em pacientes com câncer de mama em QT, a presença de fadiga foi estatisticamente significativa nas pacientes afastadas do trabalho, o que nos remete a magnitude do prejuízo funcional que a FSQ pode acarretar.

As participantes desse estudo apresentaram piora estatisticamente significativa de T1 para T2, da dimensão sensorial/psicológica; a qual reúne componentes de autopercepção, emocionais e cognitivos na presença da fadiga.

A manifestação cognitiva da FSQ varia do lento processo de pensamento à incapacidade de se concentrar, esquecimento, diminuição da memória de curto prazo e falta de atenção, o que pode interferir na capacidade da pessoa de participar plenamente do trabalho, da família e das atividades sociais (JOHNSTON; COWARD, 2001).

As participantes foram questionadas sobre o que acreditavam causar a fadiga. A QT, o estado emocional/psicológico, medo e preocupação, desajustes no relacionamento familiar, alteração na autoimagem, esforços físicos, foram apontados como causas. Tais achados são similares aos encontrados em outros estudos.

No estudo de Corbett et al. (2016), as principais causas para a fadiga apontadas pelos participantes foram o tratamento para o câncer, medo e humor. Em um estudo que avaliou a QV e FRC em pacientes com neoplasias malignas em QT, 41% dos participantes afirmaram ser o tratamento a causa da fadiga, seguido do próprio câncer, esforços físicos, fatores emocionais (PADAVINI, 2014).

A crença de que a QT e o estado emocional estão relacionados à causa da fadiga pode ser percebida na fala da participante Vinca, que identificou o início da fadiga após 5 dias da administração da QT; atribuía também ao componente psicológico a ocorrência desse quadro.

Para Semânia, o papel da QT na causa da fadiga é claro, pois percebe que esse sintoma era inexistente antes do início do tratamento; além de admitir que alterações psicológicas, como a preocupação, também favorecem a fadiga, endossando a fala de Vinca.

A ansiedade e o medo estão quase sempre presentes em pacientes submetidas a QT. O medo está relacionado aos efeitos adversos que o tratamento comumente provoca, como no caso da fadiga (SILVA; MELO; RODRIGUES, 1999). O tratamento quimioterápico pode causar danos de natureza psicossocial e problemas na autoimagem que são provenientes da alopecia, das disfunções sexuais, da ansiedade e do medo (SOARES et al., 2009).

No que diz respeito aos relacionamentos familiares, por vezes a família fica tão abalada com o diagnóstico da doença e com as situações decorrentes dos tratamentos, que sofre um desequilíbrio e não tem condição de oferecer o apoio que a mulher tanto necessita e espera; o que pode acarretar prejuízo em sua recuperação (SILVA; MELO; RODRIGUES, 1999).

Os profissionais de saúde necessitam ter conhecimento e sensibilidade para perceber o sofrimento gerado pelas diversas reações que permeiam o tratamento oncológico (SILVA et al., 2016). A falta de conhecimento, desvalorização, e normalização, de um sintoma que é subjetivo, são os principais fatores que tardam o diagnóstico da fadiga.

Nesse contexto, a normalização não se limita aos profissionais, mas também se estende aos pacientes, que diante da falta de assistência e orientação adequada no que diz respeito a fadiga, passam a não se importarem, considerando ser algo “normal” durante a quimioterapia. Para Canguilhem (2009), aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação; e é o indivíduo que avalia essa transformação pois é ele que sofre as consequências que a nova situação impõe.

O que caracteriza a saúde é a capacidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir novas normas diante da nova condição (CANGUILHEM, 2009); assim, na medida em que a fadiga se torna mais persistente e intensa, por não possuírem orientações profissionais, as mulheres começam a buscar por estratégias do conhecimento cultural, que possam lhes trazer alívio.

A cultura faz com que hajam saberes e práticas, assim como valores, que determinam o comportamento das pessoas frente aos acontecimentos da vida. Nesse sentido, levar a ciência para a realidade cultural de cada comunidade sem menosprezar o saber do “senso comum”, é de extrema importância; a partir da associação de conhecimentos culturais e científicos, é possível construir novos saberes e práticas (RIOS et al., 2007).

Ao questionarmos sobre o que mais aliviava a fadiga, o principal recurso apontado foi o repouso, além de medidas de distração, práticas religiosas, entre outros; nossos resultados endossam os achados de estudos similares.

Em um estudo qualitativo que avaliou se o Modelo de Auto Regulação contribui na compreensão da FSQ, os participantes relataram que ser otimista, não ceder a fadiga, praticar exercícios, apoio de outras pessoas, reconhecer seus limites, dormir, fazer pausas e descansar, são estratégias de alívio (CORBETT et al., 2016).

No estudo de Padavini (2014), 40% dos participantes relataram que descansar amenizava a fadiga, seguido de alguma atividade recreativa para distrair como: conversar, rezar, atividades religiosas.

No estudo de Cunha e Anjos (2017), as participantes apontaram práticas/estratégias de autocuidado provenientes de seu conhecimento cultural para lidar com a fadiga, como: descanso, conservação da energia do corpo, cuidado alimentar. Para manejo da fadiga emocional, adotaram a prática de atividades religiosas, caminhada e cuidar de plantas. Além disso, o apoio da família e de outros também contribuiu para o manejo da fadiga.

Para duas das participantes verificamos a importância do repouso como recurso para alívio da fadiga. A adoção de medidas de distração e as práticas religiosas foram mencionadas, como fonte de paz e tranquilidade para melhor enfrentamento.

Segundo Johnston e Coward (2001), para administrar a FSQ, as estratégias precisam ser direcionadas a fim de manter energia suficiente para participar das atividades de vida mais significativas. Por causa da natureza multicausal e multidimensional da FSQ, mais de uma estratégia de gerenciamento pode ser necessária para fornecer alívio; o que podemos notar na fala das nossas participantes.

Para estes mesmos autores, o descanso é mais eficaz quando usado como uma pausa da atividade. Períodos curtos e frequentes de inatividade, estrategicamente planejados ao longo do dia – como sentar em silêncio ou deitar – são mais benéficos, do que longos períodos de sono (JOHNSTON; COWARD, 2001).

No enfrentamento das situações decorrentes da QT, as mulheres costumam utilizar mecanismos que favoreçam a sua adaptação. Nesse contexto, elas



costumam conversar com os amigos, sair e se divertir, alterar a alimentação, ocupar o tempo para esquecer os problemas, e buscar suporte por meio de práticas religiosas e da espiritualidade (SILVA, MELO, RODRIGUES, 1999; SOARES et al., 2009).

Oportunizamos as participantes, com interesse em se manifestar, que explicassem melhor a fadiga. Nas falas de Orquídea e Semânia percebemos o quanto o estado emocional/psicológico influencia na ocorrência da fadiga; sendo o estresse um fator contribuinte. Além disso, nota-se o impacto da fadiga no desempenho funcional da mulher acometida.

Em um estudo qualitativo sobre FSQ, os participantes afirmaram que em geral as pessoas possuem um bom entendimento sobre o que é a fadiga. Por não desejarem preocupar sua família ou amigos, não querem parecer estar reclamando, e se sentem pressionados pelas suas famílias para voltar a sua rotina habitual; todos estes fatores são causadores de estresse e pioram potencialmente a fadiga (CORBETT et al., 2016).

Na sociedade atual, após a emancipação da mulher, é comum as mulheres trabalharem fora de casa para sentirem prazer, realizarem-se profissionalmente ou mesmo para contribuírem com as despesas da casa (SILVA; MELO; RODRIGUES, 1999). Sendo assim, para a mulher fadigada, o fato de querer e precisar realizar suas atividades e não conseguir é, no mínimo, angustiante como verificado no caso de Semânia.

A fala da participante Vinca, nos permite compreender claramente o efeito persistente da fadiga, que permanece após a melhora de todos os outros principais efeitos adversos da QT. Tal relato atesta a definição da NCCN (2018), que define a fadiga como uma condição angustiante, persistente.

No momento das entrevistas, questionamos se as participantes estavam sentindo algum outro sintoma além da fadiga; poucos sintomas foram apontados como: “aperto no peito”, tosse, coceira, dor, enjoo, ressecamento na boca, dormência nas mãos e pés, tontura, ardência nos olhos. Estes sintomas, também decorrentes da QT, quando associados à fadiga podem prejudicar ainda mais a QVRS. Em oncologia, podem ocorrer diferentes agrupamentos de sintomas tanto na doença quanto decorrentes do tratamento (BOEIRA et al., 2014).

O estado geral de saúde/QV, avaliado através do EORTC QLQ- C30, foi razoável e similar ao resultado encontrado em outro estudo realizado com mulheres

com câncer de mama em QT em Aracaju, Sergipe – Brasil, cujo escore foi de 68,48 (FERREIRA; GONÇALVES; NAZIAZENO, 2017). Comparado ao escore do estudo de Padavini (2014), que avaliou a FRC e a QV em portadores de câncer em QT, o escore apresentado em nosso estudo foi menor.

No estudo de Kluthcovsky (2011), o escore médio de QV em sobreviventes do câncer de mama com fadiga foi de 57,2. Em outro estudo que avaliou a QV de mulheres com câncer de mama em QT, o escore da qualidade geral de saúde foi 76,14 (LÔBO, 2014).

A escassez de estudos que avaliam a QVRS em mulheres com câncer de mama com FSQ, ao longo do tratamento, dificulta a comparação direta dos resultados.

De modo geral, as participantes apresentaram escores razoáveis nas escalas funcionais. No que diz respeito às escalas de sintomas, as mulheres foram acometidas pela fadiga, dor, insônia, perda de apetite e dificuldades financeiras.

No estudo de Lôbo (2014), os escores foram elevados nos itens Função Física, Desempenho de Papéis, Função Cognitiva, Função Social e mais baixo na Função Emocional. Nosso estudo se difere apenas no que diz respeito a Função social.

A fadiga e a função física apresentaram associação inversa e significativa; sendo assim quanto maior a fadiga, pior o desempenho funcional. Em alguns casos, a FSQ é a barreira mais significativa para manutenção e recuperação funcional de pacientes que estão estáveis em relação à progressão da doença durante a QT (CURT et al., 2000).

Em decorrência da sintomatologia, o tratamento para a neoplasia mamária acarreta à mulher mudanças relativas à sua autonomia e independência, gerando dificuldades psicossociais (GARCIA et al., 2015).

A função social foi a que apresentou menor escore, e associação inversa com a fadiga, com significância em T2. Tal achado pode ser explicado pelo fato de que a FSQ afeta profundamente as habilidades associadas às atividades da vida diária e limita os papéis pessoais e sociais do indivíduo dentro de sua família e comunidade, resultando em decréscimo significativo na QV geral (HOFMAN et al., 2007).

No estudo de Corbett et al. (2016), os participantes manifestaram que suas vidas sociais são interrompidas devido a fadiga, resultando em sentimento de

isolamento; para as mulheres que são mães, seu relacionamento com os filhos é afetado.

Lofrano, Coura e Silva (2016), afirmam que a situação de estar com câncer pode favorecer a aproximação dos laços sociais e contribuir positivamente na avaliação da QV.

A fadiga e a função emocional apresentaram associação inversa e significativa. O câncer de mama ocorre em um contexto psicossocial, no qual vários aspectos podem influenciar na reação da mulher ao diagnóstico, tratamento e sobrevivência. Fatores estressores da vida e outras perturbações, independentes do câncer, podem influenciar no funcionamento psicológico, pelo fato de que a paciente se tornou mais vulnerável pelo câncer. Essas variáveis contextuais, mais do que variáveis objetivas específicas do câncer, melhor predizem o risco de sintomas depressivos elevados em mulheres tratadas para câncer de mama (BARDWELL et al., 2006).

A neoplasia mamária pode desencadear vários sentimentos negativos nas mulheres, e estes poderão estar fortemente relacionados a alterações na sua QV. Entre eles, pode-se destacar o medo do diagnóstico, da possível cirurgia, a incerteza do prognóstico e da recorrência dos efeitos colaterais do tratamento, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade de morte (GARCIA et al., 2015).

Assim como neste estudo, o estudo de Padavini (2014), apresentou um dos escores mais elevados para dor, demonstrando impacto sobre a QVRS. Para este autor, a dor do câncer pode ser devida ao tumor primário, à terapia anticancerosa e aos métodos de investigação ou, as vezes não estar ligado à neoplasia. A dor é um fenômeno individual e subjetivo, que envolve diversos e complexos aspectos (PADAVINI, 2014).

No estudo de Lamino, Mota e Pimenta (2011), observou-se correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa entre dor e fadiga e estas ocorrem em concomitância, onde uma agrava a outra. Em nosso estudo, encontramos correlação fortemente significativa entre a dor e a fadiga em T2.

Em um estudo que investigou a QVRS em mulheres com câncer de mama em QT, os escores mais elevados foram em insônia, fadiga e perda de apetite, como no estudo em questão (LÔBO, 2014).

A insônia apresentou diminuição moderada, porém não significativa, em T2. No estudo de Ferreira, Gonçalves e Naziazeno (2017), a insônia foi o sintoma mais

frequente entre as participantes; e para estes autores, mulheres em tratamento quimioterápico para câncer de mama frequentemente apresentam dificuldades para dormir e na qualidade do sono.

No estudo de Kluthcovsky (2011), a insônia foi o sintoma mais relatado pelas sobreviventes com fadiga, reforçando a importância dos distúrbios do sono em relação à fadiga nessa população; determinar a causa de distúrbios de sono e sua relação com a fadiga exige uma caracterização mais aprofundada para melhor compreender a correlação entre esses sintomas.

A perda de apetite foi um dos sintomas que apresentou maior escore, atrás apenas da fadiga e da insônia. A perda de apetite pode ter um impacto na QVRS das mulheres, podendo ocasionar problemas nutricionais que reflitam negativamente no estado físico e na autoimagem das mesmas, sendo assim necessário fornecer orientações e tomar medidas que visem superar a perda de apetite sentida pelas mulheres (FERREIRA; GONÇALVES; NAZIAZENO, 2017).

Apesar da correlação entre fadiga e dificuldades financeiras não ter sido significativa, as mulheres deste estudo indicaram certo prejuízo financeiro em relação ao tratamento. Para Ferreira, Gonçalves e Naziazeno (2017), algumas limitações nos serviços públicos de saúde podem gerar despesas adicionais para as mulheres em tratamento.

Além do tratamento, a FSQ pode impactar no trabalho, conforme demonstrado no estudo de Curt et al. (2000), no qual de 177 pacientes empregados, 77% perderam pelo menos 1 dia de trabalho por fadiga; e um quinto dos pacientes precisou empregar alguém para ajudar nas tarefas domésticas – como limpeza – o que gerou custos financeiros adicionais.

O impacto econômico não se limita aos próprios pacientes, mas também se estende aos cuidadores e aos membros da família, muitos dos quais trabalharam menos horas para prestar cuidados (CURT et al., 2000).

A FSQ impactou de algum modo as mulheres com câncer de mama e sua QVRS, especialmente no que diz respeito a função social e a função emocional/afetiva. A fadiga deve ser rastreada e monitorada de perto por profissionais de saúde e os pacientes deveriam saber que o sintoma pode prejudicar tanto sua saúde, como a QV (KLUTHCOVSKY, 2011).

O controle e o alívio da FSQ pela equipe de saúde multiprofissional são questões pertinentes e que devem ser inerentes à prática em oncologia (SILVA et

al., 2016). A fadiga pode representar um desafio para a avaliação de enfermagem, devido à dificuldade de medir um sintoma subjetivo (JOHNSTON; COWARD, 2001).

A FSQ tem sido desvalorizada por muitos profissionais que assistem a essa população, repercutindo em falta de orientações para manejo e alívio do sintoma. Frente ao exposto, pacientes e cuidadores veem-se muitas vezes sem conhecimentos sobre o fenômeno e passam a buscar estratégias somente no conhecimento cultural para o alívio, o que nem sempre resulta em bons resultados. Há que se considerar a relevância da escuta atenta e da orientação profissional direcionada a práticas efetivas.

Os profissionais enfermeiros podem ser instrumentos para identificar, avaliar e ajudar pacientes no gerenciamento da FSQ, a fim de preservar sua QV. Este gerenciamento exige, de forma eficaz, que os enfermeiros sigam com atenção estratégias que impeçam o descondicionamento físico e permitam que as pessoas com fadiga continuem engajadas em suas atividades de vida significativas (JOHNSTON; COWARD, 2001).

Diante da escassez de estudos, este trabalho se destaca por ter investigado a QVRS de mulheres com câncer de mama com fadiga durante, e exclusivamente, o tratamento quimioterápico; evitando assim possíveis vieses relacionados a terapêutica utilizada.

As limitações deste estudo estão relacionadas à amostra não probabilística, que impede generalizações; e ao número de avaliações e intervalo entre as mesmas, que pode ter sido reduzido para possibilitar melhor visualização do efeito da FSQ ao longo do tempo.

## 7. Considerações finais

A utilização de métodos mistos de pesquisa, como neste estudo, é uma importante ferramenta na investigação da fadiga. À medida que o método quantitativo traduz em números o impacto de tal ocorrência, a metodologia qualitativa permite dar voz as pessoas acometidas, fazendo com que o fenômeno possa ser mais bem compreendido.

As participantes desse estudo apresentaram predomínio de fadiga moderada durante a QT, com maior comprometimento afetivo. Demonstraram através de seus discursos o importante papel da QT como principal causa para ocorrência da FSQ, e como o estado emocional pode contribuir para a piora desse sintoma.

Dentre as estratégias provenientes do conhecimento cultura, medidas conservadoras de energia foram apontadas como principais estratégias de manejo da FSQ, além de atividades de distração, realização de trabalhos manuais e práticas de atividades religiosas, a fim de alcançar alívio.

Nossos achados indicam que a FSQ promove mudanças na QVRS, e compromete funcional, social e emocionalmente as mulheres. Ainda percebemos que o tempo pode ser um importante preditor para a piora da QVRS; quanto mais tempo a mulher convive com a fadiga, mais comprometida poderá ser sua QVRS.

Tendo isso em vista, destacamos a atuação da equipe multiprofissional em buscar formas adequadas de identificação, manejo e tratamento da fadiga, juntamente com as pacientes e seus cuidadores/ além do desenvolvimento de mais estudos com esse grupo – com mais avaliações ao longo do tratamento – que visem estabelecer de forma mais exata o padrão de ocorrência da FSQ e seu efeito ao longo do tempo.

Espera-se que os resultados desse estudo contribuam para conscientização dos profissionais a respeito da fadiga e, sobretudo, sobre seu impacto na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama. A partir disso, será possível oferecer uma assistência humanizada e integral, que valorize a queixa do cliente, e que considere o conhecimento cultural, para construção de novos saberes e práticas efetivas.

## Referências

AARONSON N. K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 85, s.n., p. 365-376, 1993.

ALVES, J. E. et al. Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. **Revista Tempo Social**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 215-242, ago. 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY(ACS). Types of breast cancer. 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/types-of-breast-cancer.html>>. Acesso: 17 mai. 2018.

ARAÚJO, J. K. L. et al. Chemotherapy-Induced fatigue correlates with higher fatigue scores before treatment. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Tennessee, v. 34, n. 5, p. 404-411, jun. 2017.  
<https://doi.org/10.1177/1049909116629134>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS (ABCP). **Consenso Brasileiro de Fadiga**. São Paulo, 2010.

AZEVEDO, D. B. et al. Perfil das mulheres com câncer de mama. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v.11, n. 6, p. 2264-72, jun. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BARDWELL, W. A. et al. Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 24, n. 16, p. 2420-7, jun. 2006.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.2005.02.0081>

BOEIRA, S.F. et al. Cluster de sintomas e câncer na pesquisa em enfermagem: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 351-361, set. 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ), 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações ambulatoriais**. Brasília (DF), 2015.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO**. Brasília (DF), 2010.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, Philadelphia (USA), v.3, n.2, 2006. Disponível em: <<http://eprints.uwe.ac.uk/11735>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

CAMPOS, M. P. O. et al. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 211-219, jan. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000200021>

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Revisão técnica de Manoel Barros da Motta. Tradução do posfácio de Piare Macherey. Tradução da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária, 2009.

CARR, A.; VISSERS, M.; COOK, J. The effect of intravenous vitamin C on cancer- and chemotherapy-related fatigue and quality of life. **Frontiers in Oncology: Cancer Molecular Targets and Therapeutics**, Lausanne, v.4, n.283, out. 2014.

CELLA, D.F.; TULSKY, D. S. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. **Cancer Investigation**, London, v.11, n.3, p. 327-336. 1993. <https://doi.org/10.3109/07357909309024860>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION(CDC). **HRQOL Concepts**. Atlanta, Georgia 2016.

CHOUMANOVA, I. et al. Religion and Spirituality in coping with Breast Cancer: Perspectives of Chilean Women. **The Breast Journal**, Malden, v.12, n.4, p.349-352, 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1075-122X.2006.00274.x>



CORBETT, T. et al. Cancer-related fatigue in post-treatment cancer survivors: Application of the common-sense model of illness representations. **BMC Cancer**, London, v. 16, n. 1, p.1-17, dez. 2016.  
<https://doi.org/10.1186/s12885-016-2907-8>

CRAWFORD, J.; GABRILOVE, J. Therapeutic Options for Anemia and Fatigue. **Medscape oncology**. 2000. Disponível em:  
<[https://www.medscape.org/viewarticle/416404\\_8](https://www.medscape.org/viewarticle/416404_8)>. Acesso em 02 jul. 2018.

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, ago. 2000.

CUNHA, N.F.C; ANJOS, A.C.Y. **Experiências de mulheres com câncer de mama no manejo da fadiga secundária à quimioterapia**. 2017. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

DIETRICH, S.H.C. et al. Efeitos de um programa de caminhada sobre os níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 14, n. 1, p. 7-12, nov. 2006.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v.15, n.5, p. 1-4, set. 2007.

FAYERS P. M. et al. **The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)**. Publicado por: European Organization for Research and Treatment of Cancer, Brussels, 2001.

FERREIRA, M.O.; GONÇALVES, L.L.C.; NAZIAZENO, S.D.S. Mulheres com câncer de mama: trajetória nos serviços de saúde e qualidade de vida. In: INTERNATIONAL NURSING CONGRESS, 2017, Tiradentes. **Anais...** Tiradentes, MG: Universidade de Tiradentes, 2017. p. 1-4.

GALL, T. L.; CHARBONNEAU, C.; FLORACK, P. The relationship between Religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer. **Psychology & Health Journal**, s.l. v.26, n.3, p.287-305, 2011.

GARCIA, S.N. et al. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 26, n.

2, p. 89-96, jun. 2015.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.45718>

HOFMAN, M. et al. Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem. **The Oncologist**, s.l. v. 12, n.1, p. 4-10, 2007.

HUANG, H. P. et al. Changes in and predictors of severity of fatigue in women with breast cancer: A longitudinal study. **International journal of nursing studies**, London (UK), v. 51, n. 4, p. 582-592, 2014.

JOHNSTON, M. P.; COWARD, D. D. Cancer-Related Fatigue: Nursing Assessment and Management. **American Journal of Nursing**, New York, v. 101, s.n, p. 19-22, abr. 2001.

JEAN-PIERRE, P. et al. Assessment of cancer-related fatigue: Implications for clinical diagnosis and treatment. **The oncologist**, s.l. v. 12, n.1, p.11-21, 2007.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. **Fadiga e qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama após um ano do diagnóstico**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado em Medicina Interna e Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

LAMINO, D. A.; MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 45, v. 2, p.508-14, 2011.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200029>

LANDIM, F. L. P. et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza (CE), v. 19, n. 1, p. 53-58, 2006.

<https://doi.org/10.5020/18061230.2006.p53>

LÔBO, S. A. et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 554-9, 2014.

<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400090>

LIU, L. et al. The Longitudinal Relationship between Fatigue and Sleep in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. **SLEEP**, Oxford, v. 35, n. 2, p. 237-245, 2012.

<https://doi.org/10.5665/sleep.1630>

LOFRANO, A. D.; COURA, C. P. M.; SILVA, M. J. S. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com carcinoma do colo do útero em quimioterapia paliativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 203-213, set. 2016.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis (SC), v. 17, n. 4, p. 750-757, out. 2008.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400017>

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

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 623-9, jul-ago 2014.

MOCK, V. et al. Cancer-related fatigue. *Clinical Practice Guidelines in Oncology. J National Comprehensive Cancer Network*, Washington (USA), v.5, n. 10, p. 1054-1078, nov. 2007.  
<https://doi.org/10.6004/jnccn.2007.0088>

MOTA, D. D. C. F. **Fadiga no doente com câncer colo-retal: fatores de risco e preditivos**. 2008. 129f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. **Research and Theory for Nursing Practice**, s.l., v. 20, n. 1, p.49-78, fev. 2006.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; FITCH, M. I. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, s.n., p. 1080-7, 2009.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; PIPER, B. F. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. **Support Care Cancer**, s.l., v. 17, n. 6, p. 645-652, jun. 2009.

MUSTIAN, K. M. et. al. Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue: A meta-analysis. **JAMA Oncology**, Chicago, v. 3, n. 7, p. 961-968.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer**. Pennsylvania (USA), 2018. Disponível em: <www.nccn.org>. Acesso: 17 mai. 2018.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer-Related Fatigue**. Pennsylvania (USA), 2018. Disponível em: <www.nccn.org>. Acesso: 17 mai. 2018.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 759-766, dez. 2011.  
<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400017>

North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA International). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional: Definições e Classificação 2018-2020**. Tradução de Regina Machado Garcez. Revisão técnica de Alba Lucia Bottura Leite de Barros. Porto Alegre (RS): Artmed, 2018.

OSOBA, D. et. al. Interpreting the significance of changes in Health-Related Quality-of-Life scores. **Journal of Clinical Oncology**, v. 16, s.n., p. 139-144, 1998.

PADAVINI, R.L. **Fadiga e qualidade de vida em pacientes sob terapia antineoplásica**. 2014. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

PANOBIANCO, M. S. et al. Depressão e fadiga na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 247-52, abr/jun 2011.

PANOBIANCO, M. S. et. al. Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 532-40, jul. 2012.  
<https://doi.org/10.5216/ree.v14i3.14409>

PEOPLES, A.R. et al. Nausea and disturbed sleep as predictors of cancer-related fatigue in breast cancer patients: a multicenter NCORP study. **Support Care Cancer**, s.l., v. 25, n. 4, p. 1271-1278, nov. 2016.

PINTO, A. C.; AZAMBUJA, E. Improving quality of life after breast cancer: dealing with symptoms. **Maturitas**, London (UK), v. 70, n. 4, p. 343-348, dez. 2011.  
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.09.008>

REINERTSEN, K. V. et al. Predictors and course of chronic fatigue in long-term breast cancer survivors. **Journal of Cancer Survivorship**, s.l, v. 4, n. 4, p. 405-414, dez. 2010.

RIOS, E.R.G. et al. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 501-509, 2007.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200026>

SAWADA N. O. et al. Quality of life of Brazilian and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, s.n., p. 1-12, 2016.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 580-588, mar. 2004.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 423-432, maio 2002.

SILVA, M. C. M. et al. Fadiga em crianças e adolescentes com câncer sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, s.n., p. 1-10, jan. 2016.

SILVA, R. M.; MELO, E. M.; RODRIGUES, M. S. P. Família como suporte para a mulher em tratamento quimioterápico. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n.1/2, p.87-96, jan. 1999.  
<https://doi.org/10.5380/fsd.v1i1.4855>

SOARES, L. C. et al. A quimioterapia e seus efeitos adversos: relato de clientes oncológicos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, vol. 14, n. 4, p. 714-719, out. 2009.  
<https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16388>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). **Guia prático para o oncologista clínico**. Belo horizonte (MG), 2012. Disponível em:

<<https://www.sboc.org.br/app/webroot/guia-pratico/index.html>>. Acesso: 17 mai. 2018.

TARIMAN, J. D., DHORAJIWALA, S. Genomic variants associated with cancer-related fatigue: A systematic review. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, s.l., v.20, n. 5, p. 537-546, out. 2016.

TIAN, L. et al. Prevalence and Associated Factors of Cancer-Related Fatigue Among Cancer Patients in Eastern China. **The Oncologist**, s.l., v.21, n. 11, p. 1349-1354, nov. 2016.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo (SP), v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>

UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL (UICC). **TNM: classification of malignant tumors**. Oxford (USA), 2017. Disponível em: <<https://www.hoofdhalskanker.info/wpavl/wp-content/uploads/TNM-Classification-of-Malignant-Tumours-8th-edition.pdf>>. Acesso: 17 mai. 2018.

VIDAL, R. Q. S.; NETO, A. N. S. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 34, n. 120, p. 115-127, mai. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. **WHOQOL: measuring quality of life**. Genova, 1997.

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade de vida de mulheres com fadiga secundária ao tratamento quimioterápico para câncer de mama” sob a responsabilidade das pesquisadoras: Cristiane Soares Campos, Taliana da Silva Gomes Oliveira, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana Pena Porto e Co-orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos. Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar a fadiga secundária ao tratamento quimioterápico e suas repercussões sobre a qualidade de vida, em mulheres com câncer de mama em quimioterapia. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelas pesquisadoras Cristiane Soares Campos e/ou Taliana da Silva Gomes Oliveira, ou pelas professoras orientadora e co-orientadora, durante o atendimento no Projeto de Extensão, em consultório do ambulatório de oncologia. Por sua participação você será entrevistado por meio de questionários contendo questões referentes ao sintoma de fadiga e sobre qualidade de vida, enquanto trata o câncer de mama, e poderá ser convidada a oferecer algumas entrevistas em seu domicílio, realizadas pelas pesquisadoras. Estas entrevistas serão gravadas para depois serem analisadas. Suas respostas serão guardadas em absoluto sigilo com a equipe pesquisadora. 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. O risco existente consiste na sua identificação, porém, a equipe executora se compromete a manter sigilo absoluto da sua identidade. Por outro lado, os benefícios serão a contribuição para o enriquecimento científico, e a criação de estratégias que propiciem uma assistência de qualidade pautada nas relações entre profissional e paciente. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis por este estudo: Enfermeira Cristiane Soares Campos, Enfermeira Taliana da Silva Gomes Oliveira, Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana Pena Porto, Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos, que podem ser encontradas na Av. Pará, 1720 – Bloco 2U – Sala 21, Bairro Umuarama, CEP: 38400-902, Uberlândia-MG. E também pelo telefone: (0XX34) 3225-8603. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com

Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

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

---

Pesquisador responsável

---

Pesquisador responsável pela coleta de dados

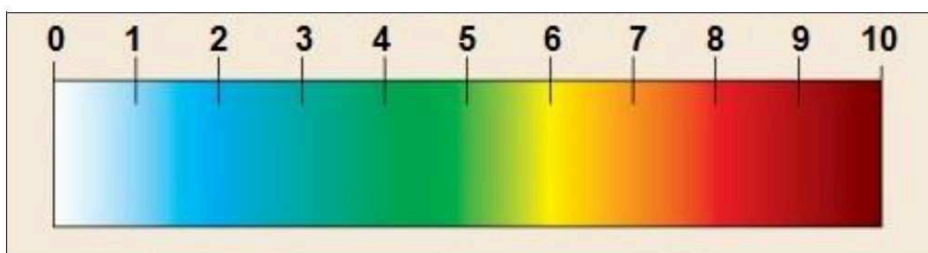
Eu aceito participar da pesquisa acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa



## APÊNDICE B – Cartões Resposta



<b>NÃO</b>	<b>UM POUCO</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>MUITO</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

CARTÃO RESPOSTA 1

<b>PÉSSIMA</b>				<b>ÓTIMA</b>		
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

CARTÃO RESPOSTA 2

### APÊNDICE C – Caracterização Sociodemográfica das Participantes

<b>Data do recrutamento:</b> ____/____/____	
<b>Pseudônimo:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Cor auto declarada:</b> ( )Branco ( )Pardo ( )Negro ( )Amarelo ( )Outro	
<b>Grau de Instrução:</b>	
<b>Ocupação:</b>	
<b>Estado civil:</b> ( )Solteira ( )União estável ( )Casada ( ) Divorciada ( )Viúva	
<b>Tempo de casamento/ união estável:</b> _____	<b>Menarca:</b>
	<b>Idade quando teve o 1ºfilho:</b>
	<b>Número de filhos:</b>
<b>Número de pessoas que residem na mesma casa:</b> _____	<b>Renda familiar:</b>
<b>Religião:</b> ( )Católica ( )Evangélica ( )Espírita ( )Não possui religião ( )Ateu ( )Outra	
<b>Diagnóstico médico:</b>	
<b>Diagnóstico anatomopatológico:</b>	
<b>Sítio primário do tumor c/ presença ou não de metástase:</b>	
<b>Estadiamento tumoral:</b> ( ) ECI ( ) ECII ( ) ECIII ( ) ECIV ou T____N____M____	
<b>Esquema quimioterápico prescrito:</b>	

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA FADIGA SECUNDÁRIA AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E DE OUTRAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS, EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

**Pesquisador:** Juliana Pena Porto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 63777818.7.0000.5152

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.074.478

#### Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: O projeto centra-se em uma discussão que envolve a doença de câncer, especificamente o câncer de mama, seu tratamento e um dos efeitos dele, a fadiga. Avaliar essa consequência do tratamento de câncer é relevante, pois, além da possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, também poderá prevenir seu efeito "adverso complexo, multidimensional e subjetivo (pag. 04)", o estudo também leva em considerações os efeitos da quimioterapia sobre o sono.

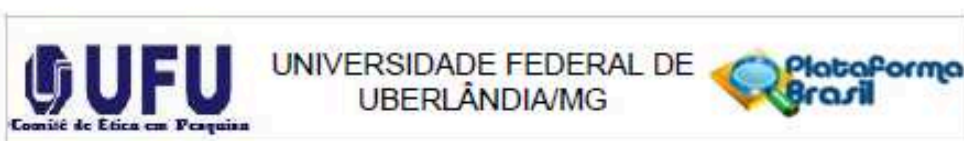
#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Avaliar a fadiga secundária ao tratamento quimioterápico e outras condições associadas, em mulheres com câncer de mama.

#### Objetivo Secundário:

- Identificar pacientes com câncer de mama que apresentem fadiga secundária a quimioterapia;
- Avaliar a fadiga secundária à quimioterapia nas pacientes com câncer de mama em quimioterapia;
- Caracterizar no contexto da pesquisa, dados sociodemográficos, epidemiológicos e clínicos das participantes;

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



Continuação do Parecer: 1.974.478

- Identificar e avaliar alterações do padrão sono em pacientes com câncer de mama que apresentem fadiga associada à quimioterapia;
- Avaliar a qualidade de vida das participantes;
- Identificar e avaliar outras condições associadas à fadiga nesta população;
- Descrever os sentidos atribuídos pelas participantes, às alterações do padrão de sono e relacionadas à qualidade de vida, associadas à fadiga secundária a quimioterapia para o tratamento do câncer de mama.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

**Riscos:** O estudo não pretende expor nenhuma participante a qualquer risco, o único risco a que poderão ser expostas as participantes é o de perda da confidencialidade, porém, a equipe de pesquisadores se compromete a utilizar todos os meios para manutenção do anonimato. A paciente será livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo em seu atendimento e tratamento.

**Benefícios:** Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo constituem uma importante contribuição para a literatura, além de permitir ampliar os conhecimentos sobre a temática e subsidiar o conhecimento científico necessário ao aperfeiçoamento da assistência à esta população e a outros grupos que possuam características semelhantes.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa com relevância acentuada, a proposta poderá encaminhar indicativos que melhorem a qualidade de vida de mulheres que sofrem câncer de mama; números expressivos desse tipo de enfermidade ocorrem no Brasil e no Mundo e estão indicados na página 02 e 03 do projeto.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem considerações.

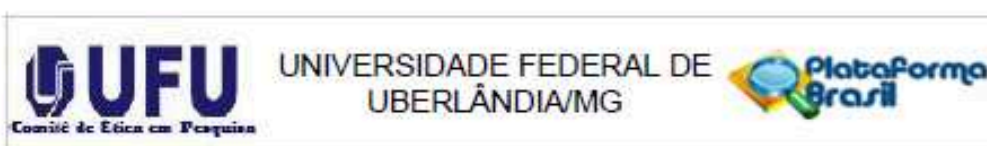
#### **Recomendações:**

Não há.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 1.936.441, de 21 de Fevereiro de 2017, foram atendidas.

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



Continuação do Parecer: 1.974.478

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Dezembro de 2018.

**OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.**

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

**Orientações ao pesquisador :**

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu

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



Continuação do Parecer: 1.974.478

posicionamento.

• Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III 2.e).

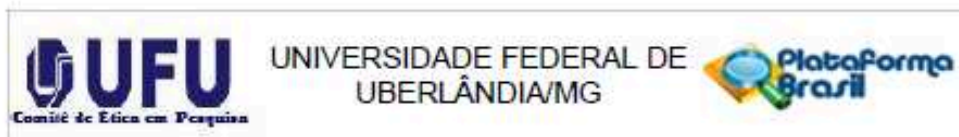
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_808186.pdf	01/03/2017 11:30:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/03/2017 11:30:15	Juliana Pena Porto	Aceito
Outros	Resposta_parecer_1938441_01_03_17.doc	01/03/2017 11:26:43	Juliana Pena Porto	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados6.pdf	16/01/2017 10:31:13	Juliana Pena Porto	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados5.pdf	16/01/2017 10:31:01	Juliana Pena Porto	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados4.pdf	16/01/2017 10:30:44	Juliana Pena Porto	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados3.pdf	16/01/2017 10:30:32	Juliana Pena Porto	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados2.pdf	16/01/2017 10:30:18	Juliana Pena Porto	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados1.pdf	16/01/2017 10:30:05	Juliana Pena Porto	Aceito
Outros	Links_curriculolattes.doc	16/01/2017 10:28:47	Juliana Pena Porto	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_da_equipe_executora.pdf	16/01/2017 10:27:52	Juliana Pena Porto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/01/2017 10:27:19	Juliana Pena Porto	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	16/01/2017 10:25:56	Juliana Pena Porto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

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



Continuação do Parecer: 1.974.478

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLÂNDIA, 21 de Março de 2017

---

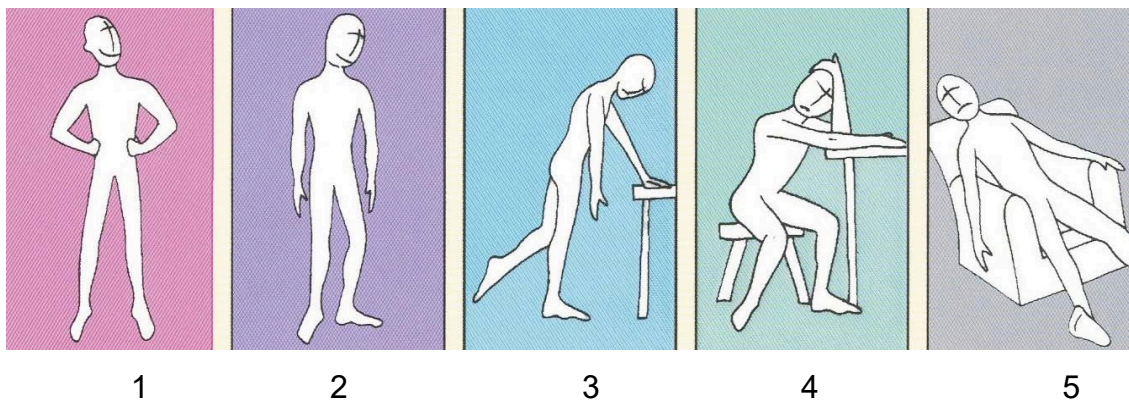
Assinado por:

**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: UBERLÂNDIA  
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

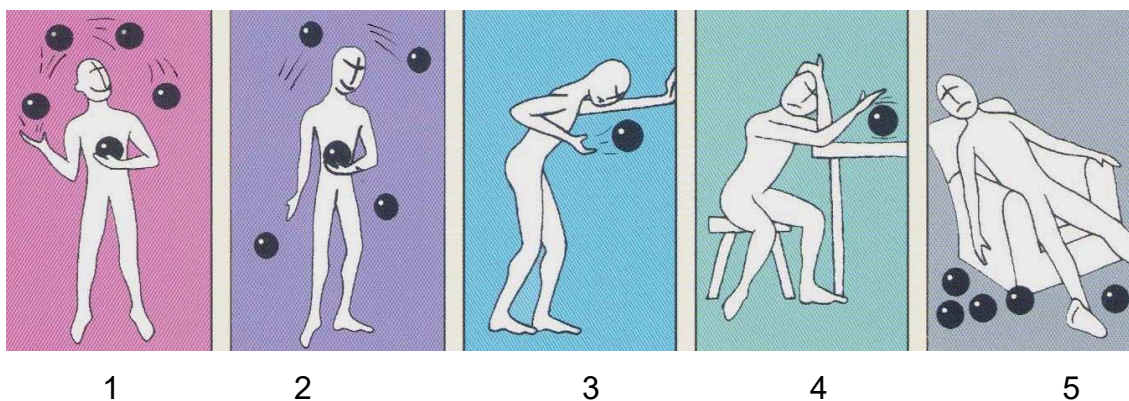
## ANEXO B – Pictograma de Fadiga (MOTA, PIMENTA, FITCH, 2009).

Quanto cansado você se sentiu na última semana?



- 1- Nada cansado
- 2- Um pouquinho cansado
- 3- Moderadamente cansado
- 4- Muito cansado
- 5- Extremamente cansado

Quanto a sensação de cansaço te impede de fazer o que você quer fazer?



- 1- Eu consigo fazer tudo que habitualmente faço
- 2- Eu consigo fazer quase tudo que habitualmente faço
- 3- Eu consigo fazer algumas das coisas que habitualmente faço
- 4- Eu só faço o que tenho que fazer
- 5- Eu consigo fazer muito pouco



**ANEXO C – Escala de Fadiga de Piper Revisada (MOTA; PIMENTA; PIPER; 2009).**

Instruções: Para cada questão a seguir, *circule* o número que melhor descreve a fadiga que você está sentindo AGORA. Por favor, esforce-se para responder cada questão da melhor maneira possível. Muito obrigada.

**1. Há quanto tempo você está sentindo fadiga?** (assinale somente UMA resposta)

Dias \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

Outro (por favor, descreva): \_\_\_\_\_

**2. Quanto estresse a fadiga que você sente agora causa?**

Nenhum estresse					Muito estresse					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**3. Quanto a fadiga interfere na sua capacidade de completar suas atividades de trabalho ou escolares?**

Nada					Muito					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**4. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de visitar ou estar junto com seus amigos?**

Nada					Muito					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**5. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de ter atividade sexual?**

Nada					Muito					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**6. De modo geral, quanto a fadiga interfere na capacidade de realizar qualquer tipo de atividade que você gosta?**

Nada					Muito					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**7. Como você descreveria a intensidade ou a magnitude da fadiga que você está sentindo agora?**

Leve					Intensa					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**8. Como você descreveria a fadiga que você está sentindo agora?**

Agradável					Desagradável					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**9.**

Aceitável					Inaceitável					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**10.**

Protetora					Destruidora					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**11.**

Positiva					Negativa					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**12.**

Normal					Anormal					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**13. Quanto você está se sentindo...**

Forte					Fraco					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**14. Quanto você está se sentindo...**

Acordado					Sonolento					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**15. Quanto você está se sentindo....**

Com vida					Apático					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**16. Quanto você está se sentindo...**

Com vigor					Cansado					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**17. Quanto você está se sentindo...**

Com energia					Sem energia					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**18. Quanto você está se sentindo...**

Paciente					Impaciente					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**19. Quanto você está se sentindo...**

Relaxado					Tenso					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**20. Quanto você está se sentindo...**

Extremamente Feliz					Deprimido					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**21. Quanto você está se sentindo...**

Capaz de se concentrar					Incapaz de se concentrar					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**22. Quanto você está se sentindo...**

Capaz de se lembrar					Incapaz de se lembrar					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**23. Quanto você está se sentindo...**

Capaz de pensar com clareza					Incapaz de pensar com clareza					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**24. De modo geral, o que você acha que contribui ou causa a sua fadiga?**


---



---

**25. De modo geral, o que mais alivia a sua fadiga é:**


---



---

**26. Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer para descrever melhor sua fadiga?**


---



---

**27. Você está sentindo qualquer outro sintoma agora?**

( ) Não ( ) Sim. Por favor, descreva \_\_\_\_\_

**ANEXO D – European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30, versão 3) (AARONSON, 1993).**

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre você e a sua saúde. Por favor, responda a todas as perguntas fazendo um círculo em volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

- 1. Para você é difícil fazer esforços mais intensos como, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?**

<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

- 2. Para você é difícil percorrer uma grande distância a pé?**

<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

- 3. Para você é difícil dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?**

<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

- 4. Você precisa ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?**

<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

- 5. Você precisa que o/a ajudem a comer, vestir-se, lavar-se ou a ir ao banheiro?**

<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

**DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:**

- 6. Sentiu-se limitado(a) no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?**

<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

7. Sentiu-se limitado(a) na atividade habitual durante seu tempo livre ou em outras atividades de lazer?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

**DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:**

8. Teve falta de ar?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

9. Teve dores?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

10. Precisou descansar?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

11. Teve dificuldade em dormir?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

12. Sentiu-se fraco(a)?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

13. Teve falta de apetite?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

14. Teve enjoos?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

15. Vomitou?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

16. Teve prisão de ventre?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

17. Teve diarreia?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

18. Sentiu-se cansado(a)?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

**DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:**

19. As dores perturbaram as suas atividades diárias?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

21. Sentiu-se tenso(a)?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

22. Teve preocupações?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

23. Sentiu-se irritável?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

24. Sentiu-se deprimido/a?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?

Não	Um pouco	Bastante	Muito
1	2	3	4

26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar?

<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida social?

<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?

<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1	2	3	4

**NAS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM FAÇA UM CÍRCULO EM VOLTA DO NÚMERO, ENTRE 1 E 7, QUE MELHOR SE APLICA AO SEU CASO.**

29. Como classificaria a sua saúde geral durante a última semana?

<b>Péssima</b>				<b>Ótima</b>		
1	2	3	4	5	6	7

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

<b>Péssima</b>				<b>Ótima</b>		
1	2	3	4	5	6	7