

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

LIDIANE BITENCOURT SANTIAGO

**CONCEPÇÕES DO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA FRENTE À
FADIGA**

Porto alegre

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

LIDIANE BITENCOURT SANTIAGO

**CONCEPÇÕES DO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA FRENTE À
FADIGA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Isabel P. C. Gorini

Porto Alegre

2010

RESUMO

A presente pesquisa é de cunho qualitativo, estudo exploratório descritivo, e teve como objetivo conhecer as concepções dos pacientes com câncer de próstata frente à fadiga. Os sujeitos entrevistados foram 15 homens, maiores de 50 anos, com câncer de próstata em tratamento pré ou pós cirúrgico, que não apresentavam doenças crônicas degenerativas descompensadas, internados nas unidades de internação clínica e cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados foram categorizados e analisados através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1995). As informações foram coletadas através de uma entrevista semi-estruturada, dando origem ao Quadro Características dos Pacientes e às categorias: lembrança da 1ª vez que sentiu fadiga, sentiu fadiga durante os últimos seis meses, a fadiga aparece quantas vezes ao dia e mudanças da fadiga na vida diária. Após aplicadas as questões de caracterização dos pacientes os mesmos foram questionados a respeito de seu entendimento sobre o termo fadiga. Após a denominação das categorias, os dados foram reagrupados, por semelhanças ou divergências, descrevendo-os, de acordo com os tópicos questionados e as respostas correspondentes, o que denominei de subcategorias. A análise das informações obtidas através da entrevista baseou-se na elaboração de textos descritivos que abordam o tema fadiga, câncer de próstata e especificidades sobre o tema. Após a realização das entrevistas, a análise dos dados coletados e o estudo realizado sobre a fadiga e câncer de próstata tornou-se claro que a concepção final destes pacientes em relação ao termo fadiga é cansaço e quando presente em suas vidas, é um sintoma que provoca impacto, acarretando mudanças e tendo como resultado muitos prejuízos.

Descritores: Enfermagem. Fadiga. Câncer. Próstata.

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Características dos Pacientes.....	17
Quadro II – Categoria: Lembrança da 1ª vez que sentiu fadiga.....	21
Quadro III – Categoria: Sentiu fadiga durante os últimos seis meses.....	23
Quadro IV – Categoria: A fadiga aparece quantas vezes ao dia.....	25
Quadro V – Categoria: Mudanças da fadiga na vida diária.....	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	8
3 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1 Câncer de Próstata	9
3.2 Fadiga	11
4 METODOLOGIA	13
4.1 Tipo de estudo	13
4.2 Campo	13
4.3 População e amostra	13
4.4 Coleta de dados	14
4.5 Aspectos Éticos	14
4.6 Análise e interpretação dos dados	15
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	34
APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados	36
ANEXO 1 – Carta de aprovação COMPESQ	38
ANEXO 2 – Carta de aprovação GPPG/HCPA	39

1 INTRODUÇÃO

A motivação para a realização deste trabalho surgiu a partir das vivências como acadêmica de enfermagem durante estágios realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Após contato com pacientes oncológicos nas unidades de internação, na unidade de quimioterapia ambulatorial e no Núcleo de Cuidados Paliativos que atende unicamente pacientes oncológicos, percebi que a fadiga acomete a maioria dos pacientes, e que é um sintoma que afeta muito o seu cotidiano. A escolha pelos pacientes com câncer de próstata se deu pelo fato de estes pacientes terem um bom prognóstico de cura quando a doença é descoberta no início e logo tratada.

Segundo Bonassa e Santana (2005) a fadiga é um sintoma muito freqüente entre estes pacientes, constituindo-se em um problema que pode atingir níveis de intensidade elevada e que deve ser abordado entre profissionais, pacientes e familiar a fim de minimizar conseqüências desagradáveis. Além disso, é um tema pouco valorizado e abordado entre os profissionais da área da saúde, talvez devido ao desconhecimento por parte desses.

O câncer pode provocar impacto tanto no paciente como nos grupos a que eles pertencem, acarretando mudanças na vida diária destes indivíduos. Conviver com a doença e o tratamento nem sempre é fácil, pois esses modificam a rotina e as respostas físicas, psicológicas, sociais e mesmo espirituais dos pacientes. Na atualidade, despertam interesse todos os tipos de respostas que o indivíduo possa apresentar à doença e ao impacto desta no seu dia-a-dia (BONASSA e SANTANA, 2005).

Neste contexto é que encontramos a fadiga do paciente portador de câncer que resulta em prejuízos à sua vida. Somente na última década a fadiga vem sendo mais estudada, apesar de ser um sintoma freqüente em várias doenças. Ela é evidenciada em pessoas sadias e doentes, portanto é um fenômeno complexo a ser estudado face às limitações que acarreta à vida do indivíduo. A fadiga nos pacientes com câncer pode ser considerada como um dos sintomas que mais prevalecem e pode ser causada pela doença ou pelo tratamento (MOTA; PIMENTA, 2002).

Existe certa dificuldade na conceitualização de fadiga, grande parte dos estudiosos concorda que é um fenômeno subjetivo e multifatorial, desta maneira, sendo um conceito subjetivo, é mais difícil identificá-lo, avaliá-lo e propor-lhe formas de manejo (MOTA; PIMENTA, 2003).

De acordo com Mota (2003) nos dias atuais encontram-se poucos estudos brasileiros que abordem o tema, mesmo sendo este um sintoma muito freqüente e que pode ser amenizado, melhorando o bem-estar do paciente portador de câncer.

A troca de experiências e sensibilidade são indispensáveis para se perceber um fenômeno tão subjetivo. A interpretação de fadiga envolve inúmeros aspectos que envolvem componentes socioculturais, tais como o ambiente no qual o sujeito está inserido, ou seja, o contexto em que ele vive (TORRES, 2006).

A contribuição desse estudo é ressaltar a importância do sintoma fadiga nos pacientes com câncer de próstata, encontrar formas de amenizar esse sofrimento e contribuir para aperfeiçoar o cuidado de enfermagem a esses pacientes.

Com esse estudo, pretendo descobrir quais as concepções dos pacientes com câncer de próstata frente à fadiga e responder ao meu questionamento: quais são as concepções destes pacientes com relação à fadiga?

2 OBJETIVO

Conhecer as concepções do paciente com câncer de próstata frente à fadiga.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

No referencial teórico serão abordados os temas mais relevantes para o estudo: câncer de próstata e fadiga.

3.1 Câncer de Próstata

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para o número de casos novos no ano de 2010 é de 52.350 e o número de mortes causadas pelo câncer de próstata no ano de 2008 foi de 11.955 (BRASIL, 2009).

O câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (BRASIL, 2009).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2009) mais do que qualquer outro tipo, o câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida (BRASIL, 2009).

Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm³) que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem (BRASIL, 2009).

Segundo Lopes (2005) o câncer de próstata apresenta incidência variável através do globo, com diferença de até 200 vezes quando se compara descendentes afro-americanos com certas populações rurais no interior da China. Fato interessante a ser salientado é a migração, pois homens de populações de baixo risco após migrarem para regiões onde a incidência do câncer de próstata é mais alta, passam a apresentar maior incidência.

A incidência do câncer de próstata tem aumentado no Brasil, analogamente ao que ocorre nos Estados Unidos, como reflexo do envelhecimento da população. De acordo com dados do hospital de Câncer do INCA, dos 503 casos de câncer de próstata atendidos entre 1990 e 1994, ocorreu um decréscimo de 15 % dos casos classificados em estágio D (mais

avançado) e um aumento de 10% para classificados em estádios A, B e C. A incidência é maior em homens negros (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Segundo Mohallem e Rodrigues (2007) das neoplasias malignas de próstata, 95% são adenocarcinomas. O restante inclui carcinomas ductais, carcinomas transicionais ou de células escamosas e sarcomas. O sistema de Gleason, classicamente empregado, avalia o grau de diferenciação celular e o padrão de crescimento do tumor em relação ao estroma prostático. O estadiamento segue o sistema de Whitmore-Jewett, com classificação de A até D, com base na avaliação do tumor, no nível do antígeno prostático específico (PSA), na presença de metástase e na resistência à terapia hormonal.

De acordo com Lopes (2005), nos estádios iniciais os pacientes são assintomáticos ou têm queixas relacionadas à obstrução do trato urinário inferior, como diminuição da força e calibre do jato urinário, hesitação miccional, gotejamento ao final da micção, nictúria, sensação de micção incompleta, infecção urinária associada à disúria.

De acordo com Mohallem e Rodrigues (2007) os pacientes com doença mais avançada podem exibir astenia, perda de peso, anorexia ou sintomas relacionados às metástases, como dor óssea ou fraturas.

O antígeno prostático específico (PSA), uma proteína produzida por células epiteliais prostáticas tanto benignas quanto malignas, pode ser determinada no soro do paciente. O PSA constitui um marcador importante tanto para o diagnóstico quanto para a monitorização do câncer de próstata. O exame retal digital serve para avaliar o tamanho da próstata e detectar alterações como endurecimento, nódulos e extensão extracapsular (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Baracat (2000) afirma que o que contribuiu para o diagnóstico inicial do câncer de próstata foi a descoberta e a utilização como marcador do antígeno prostático (PSA), bem como a otimização da ultra-sonografia transretal e das biópsias randomizadas. A utilização da relação PSA livre e PSA total colabora para uma melhor indicação das biópsias prostáticas, particularmente quando encontramos um PSA total entre 4 e 10ng/ml.

Segundo o INCA (BRASIL, 2009) para doença localizada, cirurgia, radioterapia e até mesmo uma observação vigilante (em algumas situações especiais) podem ser oferecidos. Para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal têm sido utilizados. Para doença metastática, o tratamento de eleição é hormonioterapia.

Mohallem e Rodrigues (2007) refere que a radioterapia com feixe externo pode ser utilizada para pacientes que não são candidatos à prostatectomia por causa do estado geral. No

entanto, as células do câncer de próstata são relativamente resistentes à radioterapia e até 66% dos pacientes exibirão tumor após um ano de tratamento.

Para doença avançada, recomenda-se o tratamento inicial com ablação hormonal. Nos pacientes com doença refratária a hormônio, a quimioterapia deve ser instituída (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

3.2 Fadiga

Segundo a National Comprehensive Cancer Network (NCCN), a fadiga é de longe o sintoma mais comum e angustiante que afeta as pessoas com câncer. No pior dos casos, a fadiga relacionada ao câncer é o esgotamento inexorável que impede a capacidade de gozar a vida e realizar as atividades diárias.

Há certa dificuldade quanto à elaboração de um conceito universal de fadiga, no entanto grande parte dos estudiosos concorda que é um fenômeno subjetivo e multifatorial (MOTA; PIMENTA, 2003).

De acordo com Gonzalez e Gorini (2008) o câncer é uma das doenças crônicas mais prevalentes no Brasil e no mundo, porém os tratamentos utilizados podem desenvolver inúmeros efeitos colaterais. Na última década, o sintoma fadiga teve sua associação direta com o câncer e seus tratamentos, e tornou-se objeto de estudo nesta área.

Segundo Bonassa e Santana (2005), a fadiga pode ser causada pelo câncer, pelo tratamento ou pela anemia relacionada ao tratamento. Ela é mais comum em pacientes com câncer avançado e, nesse caso, pode ser considerado um sinal de progressão da doença.

A fadiga é um sintoma dificilmente tratado, porém o seu controle ajudaria muito em relação ao seguimento do tratamento. Isso porque a fadiga causa um grande estresse e desconforto prejudicando o seguimento do tratamento (BONASSA E SANTANA, 2005).

De acordo com Menezes e Camargo (2006), a causa da fadiga em pacientes oncológicos é bem variável. Entre eles: a competição de nutrientes das células tumorais entre as células saudáveis, efeitos deletérios da quimioterapia, a ingestão insuficiente de nutrientes, anemia, a incerteza do futuro entre outras.

Mota, Cruz e Pimenta (2005), referem que a fadiga pode ser crônica ou aguda. Na fadiga crônica não existe melhora dos sintomas em repouso já na aguda o cansaço intenso e anormal são recuperados no repouso. O paciente com câncer geralmente adquire a fadiga crônica.

De acordo com Bonassa e Santana (2005), para o tratamento da fadiga existe o tratamento farmacológico e o não farmacológico. Entre o tratamento não farmacológico as intervenções são desde programas de exercícios, sono, descanso, conservação de energia e redução de estresse.

Entre as intervenções farmacológicas se inclui a administração de eritropoetina alfa para o tratamento da anemia causada pelas drogas. A função da eritropoetina nos pacientes anêmicos restringe a necessidade transfusional melhorando a qualidade de vida e reduz os níveis de fadiga. É de grande importância e benefício para o paciente o tratamento com eritropoetina quando a fadiga é relacionada com a anemia. Os psicoestimulantes estão sendo usados para aliviar os sintomas da fadiga em outras patologias como esclerose múltipla e a AIDS. Em relação a fadiga relacionada ao câncer os estudos são limitados, sendo necessário mais pesquisas para que essas drogas possam fazer parte de protocolos padrão de tratamento desse desconfortável sintoma (BONASSA E SANTANA, 2005).

Segundo a Classificação Diagnóstica da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2008, p. 139), os fatores fisiológicos relacionados à fadiga são: anemia, condição física debilitada, esforço físico aumentado, estados de doença, má nutrição e privação de sono”.

De acordo com Dochterman e Bulechek (2008, p. 372), o Controle da Energia é uma intervenção de enfermagem sendo assim definida: “[...] regulação do uso de energia para tratar ou prevenir a fadiga e otimizar as funções”.

4 METODOLOGIA

A metodologia foi constituída das seguintes etapas:

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo é uma pesquisa exploratória tendo como critério proporcionar uma maior familiaridade com o problema e na descritiva salienta-se o estudo das características de um grupo. Na pesquisa qualitativa os conhecimentos só são possíveis com a descrição da experiência humana, preocupa-se com os indivíduos e seu ambiente, em toda sua complexidade. (POLLIT; HUNGLER, 1995).

4.2 Campo

Este estudo foi realizado nas dependências do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), nas unidades de internação clínica e cirúrgica.

4.3 População e Amostra

A população alvo foi constituída por pacientes adultos com câncer de próstata que estavam internados nas unidades de clínica médica e cirúrgica do HCPA.

Na pesquisa qualitativa é considerado tamanho da amostra quando durante a coleta ocorre a saturação dos dados, estimada entre 10 à 15 pacientes(POLLIT e HUNGLER, 1995). Assim, este estudo teve uma amostra de 15 pacientes com câncer de próstata

Critérios de inclusão utilizados:

- sexo masculino >50 anos;
- pacientes com de Câncer de Próstata em tratamento pré e pós-cirúrgico;
- pacientes internados no HCPA;

Critério de exclusão utilizado:

- Pacientes portadores de doenças crônico degenerativas descompensadas.

Para a seleção dos pacientes foi realizado contato com as enfermeiras das unidades para saber quais eram os pacientes portadores de câncer de próstata e que faziam parte dos critérios de inclusão. Assim, de acordo com a avaliação da enfermeira em relação aos que tinham condições de participar da pesquisa foi feito o convite ao participante que assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

4.4 Coleta de dados

A coleta ocorreu através de uma entrevista semi estruturada, com um Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE B). Segundo Pollit e Hungler (1995), foi uma entrevista com um foco, onde o pesquisador possui perguntas abrangentes e que induz a uma conversa eliminando respostas do tipo sim ou não. Com esse método é possível a exploração, a conceitualização e o que falam as pessoas dos seus problemas.

Esse instrumento foi dividido em duas partes. A primeira parte dos dados foi referente à caracterização dos pacientes e a segunda parte foi referente às concepções sobre fadiga. Quando o paciente desconhecia a palavra fadiga a mesma era substituída pela palavra cansaço.

Todas as entrevistas foram gravadas, e depois de gravadas transcritas. Todo material foi analisado no final da coleta. A entrevista ocorreu no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) enquanto o participante estava internado. A entrevista foi realizada em seu quarto, em um horário que o participante estava disposto, por um período de aproximadamente 20 minutos, sendo assegurada privacidade e anonimato, sem causar dano à saúde do paciente.

4.5 Aspectos éticos

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), a legislação de pesquisa com humanos incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), no uso da competência que lhe é outorgada pelo Decreto nº 93933 de 14 de janeiro de 1987, aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo entre elas: que toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, que as instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa-CEP, conforme suas necessidades e na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente entre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

Este estudo primeiramente foi enviado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) e após receber

carta de aprovação (ANEXO 1) foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG / HCPA). A coleta de dados somente teve início após emissão da carta de aprovação do GPPG/HCPA (ANEXO 2).

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa, e tiveram a liberdade de escolha de aceitarem ou não. Os que aceitaram o convite assinaram em duas vias um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A). Uma cópia ficou com o pesquisador e a outra com o participante. Foram consideradas as normas da Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996 b).

As gravações foram destruídas posteriormente as transcrições. O material coletado foi guardado em uma pasta pela pesquisadora em um local privado. Após cinco anos da divulgação dos resultados no meio científico o material será destruído.

4.6 Análise e interpretação dos dados

A análise dos dados qualitativos coletados dos adultos com câncer de próstata deste estudo teve como base a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1995).

Bardin (1995, p.38) afirma que a “análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Isso significa que se podem interpretar descrições subjetivas, utilizando-se técnicas que levam o investigador a desvelar o conteúdo que está, por vezes, oculto no relato dos sujeitos.

Para Bardin (1995, p.39), “O analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: ‘documentos’ que pode descobrir ou suscitar” cabendo-lhe a perícia e as tomadas de decisões para encontrar, nos depoimentos, os subsídios necessários para interpretação. O investigador, nessa técnica, trabalha com a inferência, com base em seus conhecimentos e sua experiência pessoal.

Deste modo, a análise temática é organizada pelos seguintes pólos cronológicos:

1) Pré-análise: é a fase de organização, onde tem como objetivo sistematizar as idéias iniciais para desenvolver um plano de análise; 2) Exploração: é uma fase longa, é onde ocorre a administração sistemática das decisões tomadas; e 3) Tratamento: é onde se obtém os resultados e se realiza a interpretação desses dados.

Na fase da **Pré-análise**, realizei uma leitura flutuante dos dados transcritos das fitas gravadas, procurando entrar em contato com os detalhes, para posterior organização e sistematização das idéias.

Na segunda fase, a **Exploração do material**, que é a análise, propriamente dita, foi preparado o material para seleção das falas dos adultos.

Para categorização, empreguei o processo inverso, descrito por Bardin (1995, p.119), que diz “é fornecido o sistema de categorias e repartem-se da melhor maneira possível os elementos, à medida que vão sendo encontrados”.

Após a denominação das categorias, fui reagrupando os dados, por semelhanças ou divergências, descrevendo-os, de acordo com os tópicos questionados e as respostas correspondentes, o que denominei de subcategorias.

Essas subcategorias são específicas para cada categoria, isto é, sua denominação e sua descrição são apresentadas à medida que são analisadas.

A classificação dos temas foi extraída diretamente dos textos, apresentando-se sob formas de frases que fundamentam as subcategorias. Nelas estão contidas as unidades de contexto, que servem de, conforme Bardin (1995, p.107), “unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e correspondente ao segmento da mensagem”.

Na terceira fase, **Tratamento dos dados, a Inferência e a Interpretação**, busquei nomear e descrever os Quadros de Referências, apresentado a seguir.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Sujeito	Idades	Dias de internação	Profissão	Estado civil	Com quem mora?	Atividades que realiza no cotidiano	Possui alguma atividade de lazer	Religião
1	63	2	agricultor	casado	esposa e filho	lavoura	cuidar das plantas e animais	católico
2	54	4	padeiro	casado	esposa e filhos	trabalho e cuida da casa	caminhada e dormir após almoço	católico
3	71	22	agricultor	casado	Esposa	trabalha na roça	caminhadas	católico
4	62	1	Mecânico de refrigeração	casado	Eposa e filhos	nenhuma	ir para o sítio	Católico
5	73	1	aposentado	solteiro	sozinho	caminhadas	cinema	Católico
6	71	3	aposentado	casado	esposa	Trabalha na câmara de vereadores	Andar de bicicleta	Católico
7	68	6	aposentado	casado	Esposa e mãe	caminhadas	não	católico
8	62	3	aposentado	casado	filho	Jogar baralho	não	Católico
9	67	6	chaveiro	casado	sozinho	trabalhar	televisão	Católico
10	54	1	aeroviário	casado	Esposa e filhos	Dar aulas	academia	Católico
11	68	4	aposentado	casado	esposa	nenhuma	Jogar carta	católico
12	73	2	aposentado	casado	esposa	nenhuma	não	Católico
13	80	7	aposentado	casado	esposa	síndico	passar	Católico
14	64	2	aposentado	casado	Esposa e filha	nenhuma	Não	Católico
15	66	15	aposentado	casado	esposa	Nenhuma	não	Evangélico

Fonte: Pesquisa direta, Santiago, L.B. Coleta de dados através de entrevista. Porto Alegre, junho de 2010.

Quadro I – Caracterização dos pacientes

No Quadro I, apresento as características dos sujeitos deste estudo quanto à idade, número de internações, dias de internação, profissão, estado civil, com quem moram, atividades que realizam no cotidiano, atividades de lazer e religião.

Todos os sujeitos entrevistados realizaram somente cirurgia como alternativa de tratamento para o câncer de próstata, nenhum deles realizou quimioterapia e o estadiamento da doença dos sujeitos não se fazia presente nos prontuários, visto que no câncer de próstata este dado só é possível após cirurgia, na análise patológica da peça cirúrgica, e em exames como cintilografia óssea, raios-X comparativo e tomografia. Todos os entrevistados estavam em pós-operatório recente, não apresentando ainda estes dados. Todos os entrevistados eram do sexo masculino, maiores de 50 anos, sendo este um dos critérios de inclusão do estudo.

A idade dos sujeitos variou de 54 até 80 anos, sendo que treze sujeitos entrevistados apresentavam idade maior que 60 anos e apenas dois eram menores que 60 anos.

Segundo Lopes (2005) dentre os fatores de risco para o câncer de próstata, a idade é um dos mais importantes. Em mais de 75% dos casos o diagnóstico é feito acima dos 60 anos de idade. A idade média ao diagnóstico é de 71 anos e de óbito é de 78 anos.

Os dias de internação variaram de 1 a 22 dias, sendo que S3 e S15 apresentaram 22 e 15 dias sucessivamente e os demais variaram de 1 a 7 dias de internação.

Com relação à profissão nove sujeitos eram aposentados, os demais apresentavam profissões variadas ainda em atividade, dois agricultores, um chaveiro, um mecânico de refrigeração, um padeiro e um mecânico de aviões.

Somente S5 era solteiro, sendo todos os outros entrevistados casados. Os entrevistados S5 e S9 moravam sozinhos e os demais moravam com esposa e filhos.

De acordo com Gonçalves, Padovani e Popim (2008), estima-se que um em cada dez homens, durante a vida, desenvolve carcinoma de próstata, clinicamente evidente. Incidência maior ocorre em pessoas com idades mais avançadas e, também, predominantemente, entre homens casados. A incidência é sempre subestimada porque muitos tumores permanecem assintomáticos durante toda a vida do indivíduo, sendo diagnosticados apenas em procedimentos de necropsia.

As atividades realizadas no cotidiano e atividades de lazer informadas foram variadas, muitos informaram não ter atividade alguma, alguns referiram que caminhavam, andavam de bicicleta, jogavam cartas com amigos, assistiam televisão, viajavam e outros somente realizavam atividades de trabalho de acordo com suas atividades laborais.

Em relação à religião S15 era evangélico e os demais sujeitos referiram ser católicos.

Este quadro proporciona conhecer melhor as características dos sujeitos entrevistados, proporcionando subsídios para uma melhor compreensão das falas que serão apresentadas a seguir e o entendimento de quadros que serão apresentados posteriormente.

Com relação aos dados coletados referentes ao conhecimento dos pacientes com câncer de próstata frente à fadiga, foi-lhes questionado o que eles entendiam sobre fadiga.

De acordo com Burke (2003), o conhecimento denota tudo o que é processado e sistematizado pelo pensamento. Ao serem processadas e incorporadas algumas particularidades da subjetividade, este conhecimento passa a integrar a memória.

A interpretação da fadiga envolve inúmeros aspectos que envolvem a componentes socioculturais, tais como o ambiente no qual o sujeito está inserido, ou seja, o contexto onde ele vive.

Ao entrevistar os quinze pacientes sete não sabiam o que significava o termo fadiga, a falta de conhecimento é notória no relato “*Eu não sei o que é, nem faço idéia do que seja isso*” (S1), e na fala “*Fadiga? O que é fadiga? Não sei o que é isso*” (S2), estes depoimentos demonstram nitidamente o desconhecimento sobre o termo.

No momento em que o paciente informava desconhecer o termo fadiga, o mesmo era substituído pela palavra cansaço, sintoma que é sinônimo de fadiga. Ao fazer a substituição da palavra fadiga pela palavra cansaço, todos os pacientes referiam ter conhecimento sobre o termo e que não havia dúvidas quanto ao seu significado.

Segundo Schneider, Lopes e Furtado (2003), o termo astenia tem sido utilizado para descrever a fadiga do paciente com câncer. Segundo os mesmos autores, a fadiga ou astenia são os termos médicos para o cansaço. Assim sendo, entendem-se estes termos como sinônimos: fadiga, astenia e cansaço.

Seis sujeitos entrevistados afirmaram com clareza que fadiga é cansaço, nos relatos como “*Fadiga é desânimo, cansaço*” (S7) fica clara esta afirmação.

A fadiga em pacientes com câncer pode ser definida como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço relacionado à doença ou ao seu tratamento que interfere no desempenho das atividades usuais (BONASSA E SANTANA, 2005).

Dois entrevistados utilizaram termos diversos para conceituar fadiga: “*Fadiga é depressão*” (S5) e “*Fadiga seria um trabalho executado à noite. Exercer uma atividade além das possibilidades físicas*” (S10).

Há certa dificuldade quanto á elaboração de um conceito universal de fadiga, no entanto grande parte dos estudiosos concorda que é um fenômeno subjetivo e multifatorial (MOTA; PIMENTA, 2003).

Mendes, Tilberly e Felipe (2000) constatam que a fadiga é um sintoma clínico pouco estudado, sendo conhecida a sua associação com fenômenos auto-ímmunes, neoplásicos, inflamatórios e infecciosos e pode ser influenciada por sintomas como dor, distúrbios do sono, alterações de humor e alterações cognitivas. Os mesmos autores relatam que a ausência adequada de mensuração e conceitos torna limitado seu conhecimento.

A partir dos depoimentos realizados fica claro que a concepção final destes pacientes em relação ao termo fadiga é cansaço.

No quadro a seguir será apresentada a categoria **lembrança da primeira vez que sentiu fadiga**.

Quadro II – CATEGORIA: Lembrança da 1ª primeira vez que sentiu fadiga

SUBCATEGORIA	TEMA
Lembra	<i>“Lembro sim faz uns dois meses, lembro de chegar à tardinha e ter que me recolher” (S1)</i>
	<i>“Eu estava aqui pensando, mas agora no último emprego que eu estava trabalhando, eu saí de um emprego e fui para um outro que tinha mais serviço, então quando fui para esse último eu senti mais cansaço. Trabalho mais e me sinto mais cansado” (S2)</i>
	<i>“De uns 4 anos para cá eu tenho muita dor nas pernas” (S4)</i>
	<i>“Somente quando me esforço muito, quando trabalho muito. Sinto como se eu ficasse ofegante, não é falta de ar” (S6)</i>
	<i>“Desde que descobri a doença eu já tinha cansaço” (S11)</i>
Não Lembra	<i>“Agora não me lembro” (S3)</i>
	<i>“Não, não me lembro” (S5)</i>
	<i>“Não, não tive fadiga” (S7)</i>
	<i>“Não, não lembro, eu tenho outras doenças então não reparei” (S8)</i>
	<i>“Não” (S9)</i>
	<i>“Não senti” (S10)</i>
	<i>“Eu não posso considerar fadiga, nesse ponto eu tenho muito autocontrole, me cuido para não chegar ao cansaço extremo, acho que é isso” (S12)</i>
	<i>“Não tive” (S13)</i>
	<i>“Não, não lembro, acho que sou muito sedentário, por isso que quando me exercito mais sinto dor nas pernas, me sinto mais cansado” (S14)</i>
<i>“Acho que nunca senti” (S15)</i>	

Fonte: Pesquisa direta, Santiago, L.B. Coleta de dados através de entrevista. Porto Alegre, junho de 2010.

No quadro II, apresento algumas falas dos sujeitos referentes à categoria **lembrança da 1ª primeira vez que sentiu fadiga**, que foram distribuídas de acordo com as duas subcategorias: lembra, não lembra.

Lembrança é um ato mental pela qual a memória reproduz um fato passado, é uma recordação (FERREIRA, 1999).

A subcategoria **lembra** apresenta os relatos dos adultos com relação a primeira vez que sentiram fadiga. Somente cinco pacientes tinham lembrança da primeira vez que sentiram fadiga. Os relatos são variados e os pacientes associam o sintoma fadiga com vários outros sintomas, como por exemplo, na fala “*Somente quando me esforço muito, quando trabalho muito. Sinto como se eu ficasse ofegante, não é falta de ar*” (S6), e no relato “*De uns 4 anos para cá eu tenho muita dor nas pernas*” (S4).

Segundo a Classificação Diagnóstica da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2008), a fadiga é um diagnóstico de enfermagem sendo assim definido: “(...) uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”.

Na subcategoria **não lembra**, dez dos quinze sujeitos entrevistados referiram que não lembravam da primeira vez que sentiram fadiga, isto fica evidenciado em algumas das falas como: “*Não, não lembro, acho que sou muito sedentário, por isso que quando me exercito mais sinto dor nas pernas, me sinto mais cansado*” (S14), e na fala “*Não, não me lembro*” (S5).

De acordo com Bonassa e Santana (2005) a incidência e a severidade da fadiga relacionada ao câncer parecem ser influenciadas pelas características do paciente e da doença, e o tipo e a intensidade do tratamento.

Este quadro apresentou a lembrança da primeira vez que os pacientes entrevistados sentiram fadiga.

Quadro III – CATEGORIA: Sentiu fadiga durante os últimos seis meses

SUBCATEGORIA	TEMA
Não sentiu	<i>“Não, somente quando troquei de emprego até eu acostumar com o trabalho” (S2)</i>
	<i>“Não” (S5)</i>
	<i>“Não, aquele desânimo de cansaço não” (S6)</i>
	<i>“Não, só se eu caminhar muito, daí sim, se me esforço demais” (S7)</i>
	<i>“Não” (S8)</i>
	<i>“Não” (S9)</i>
	<i>“Não” (S10)</i>
	<i>“Não, depois que eu descobri o câncer de próstata eu me senti u pouco nervoso, me senti meio amolado, com a expectativa de fazer logo a cirurgia, mas não considero isso como fadiga, e sim um nervosismo” (S12)</i>
	<i>“Não, sou um cara muito dinâmico, e o câncer é uma coisa natural da vida, é a própria degeneração da vida” (S13)</i>
Sentiu	<i>“Não” (S15)</i>
	<i>“senti sim”(S1)</i>
	<i>“olha não me lembro bem, mas é capaz de eu ter sentido um pouco né” (S3)</i>
	<i>“Cansaço até eu tenho, mas é dor nas pernas, não sinto falta de ar, sinto só dor nas pernas” (S4)</i>
	<i>“Senti sim, mas hoje em dia é bem mais fraco que antes da cirurgia. Antes eu não podia nem caminhar, hoje eu dou a volta na quadra caminhando” (S11)</i>
<i>“Senti sim” (S14)</i>	

Fonte: Pesquisa direta, Santiago, L.B. Coleta de dados através de entrevista. Porto Alegre, junho de 2010.

No Quadro III apresento a categoria **Sentiu fadiga durante os últimos seis meses**, distribuídas em duas subcategorias: **não sentiu, sentiu**.

De acordo com Ferreira (1999) sentir é perceber por um dos sentidos, ter como sensação, é perceber o que se passa em si.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1993), o CID-10 definiu a fadiga relacionada ao câncer como diminuição de energia e progressiva necessidade de descansar, desproporcional à qualquer mudança recente no nível de atividade que venha ocorrendo todos os dias durante um período de duas semanas no último mês, associada a pelo menos cinco das seguintes sintomas ou queixas: fraqueza, diminuição da concentração ou atenção, insônia ou sono excessivo, sono não confortador, necessidade de esforço para vencer a inatividade, dificuldade para executar tarefas diárias, problemas de memória recente, dificuldades no cumprimento de funções, sintomas que não sejam conseqüentes à depressão ou delírio.

Na subcategoria **não sentiu**, dez sujeitos relatam não terem sentido fadiga nos últimos seis meses. S12 relatou *“Não, depois que eu descobri o câncer de próstata eu me senti um pouco nervoso, me senti meio amolado, com a expectativa de fazer logo a cirurgia, mas não considero isso como fadiga, e sim um nervosismo”*.

Na subcategoria **sentiu**, cinco pacientes relataram ter sentido fadiga nos últimos seis meses, isso fica evidente no relato de S11 *“Senti sim, mas hoje em dia é bem mais fraco que antes da cirurgia. Antes eu não podia nem caminhar, hoje eu dou a volta na quadra caminhando”*.

A fadiga pode ser causada pelo câncer, pelo tratamento ou pela anemia relacionada ao tratamento. Ela é mais comum em pacientes com câncer avançado e, nesse caso, pode ser considerada um sinal de progressão da doença. Fatores fisiológicos que podem contribuir para agravar ou acentuar o fenômeno são a caquexia e a falta de condicionamento físico. Fatores psicossociais que podem interferir são a ansiedade, a depressão e a insônia. A fadiga também está associada a outros sintomas, em especial a dor (BONASSA E SANTANA, 2005).

Este quadro apresentou a existência ou não do sintoma fadiga nos últimos seis meses a partir do relato dos pacientes entrevistados.

Quadro IV – CATEGORIA: A fadiga aparece quantas vezes ao dia

SUBCATEGORIA	TEMA
Aparece	“No mais é depois do trabalho, depois que termino tudo e que esfria o corpo” (S1)
	“Sim é o dia todo, porque não é bem uma dor, é uma dor enjoada. Daí eu tenho que ficar deitado, daí ela me irrita” (S4)
	“Sim, mas só se eu faço muita coisa, se não, não aparece tanto” (S11)
	“Aparece sim, me enfraquece as pernas” (S14)
Não Aparece	“Não aparece, somente no final do dia, às vezes” (S2)
	“Não, não tenho não. Isso aí é difícil eu ter” (S3)
	“Não” (S5)
	“Não” (S6)
	“Não” (S7)
	“Não” (S8)
	“Não” (S9)
	“Não” (S10)
	“Não” (S12)
	“Não” (S13)
	“Não” (S15)

Fonte: Pesquisa direta, Santiago, L.B. Coleta de dados através de entrevista. Porto Alegre, junho de 2010.

No Quadro IV apresento a categoria **a fadiga aparece quantas vezes ao dia**, distribuídas em duas subcategorias: **aparece e não aparece**.

Conforme Mota e Pimenta (2003), a multifatorialidade e a multidimensionalidade da fadiga, se evidenciam pelo fato de sinais e sintomas estarem inter-relacionados com aspectos físicos, emocionais, mentais e sociais do indivíduo.

Na subcategoria **aparece**, quatro pacientes referiram que o sintoma fadiga aparece durante o dia. No relato “No mais é depois do trabalho, depois que termino tudo e que esfria o corpo” (S1), na fala “Sim é o dia todo, porque não é bem uma dor, é uma dor enjoada. Daí

eu tenho que ficar deitado, daí ela me irrita” (S4), fica clara a afirmação de que a fadiga aparece no dia-a-dia destes pacientes.

A proposta sugerida por Carpenito (2003, p.109) refere a fadiga como um diagnóstico de enfermagem assim definido: “*estado auto-reconhecido no qual o indivíduo apresenta sensação sustentada e avassaladora de exaustão e diminuição da capacidade de esforço físico e mental, não aliviadas pelo repouso.*” Portanto, segundo a autora, trata-se de um sentimento penetrante, exaustivo e subjetivo, infenso a ser eliminado totalmente, mas ao qual o indivíduo pode adaptar-se se for auxiliado nesse sentido.

Na subcategoria **não aparece**, onze sujeitos referem que o sintoma fadiga não aparece no dia-a-dia, isto fica evidenciado no relato “*Não, não tenho não. Isso aí é difícil eu ter*” (S3).

Para Coelho e Sawada (1999), a fadiga está relacionada a fatores psicológicos, tratamento e fases da doença. Mota e Pimenta (2002) concordam e relatam que a fadiga é um sintoma subjetivo e com múltiplas etiologias, multifatorial.

Neste quadro foi apresentado o aparecimento ou não da fadiga no dia-a-dia dos pacientes entrevistados.

Quadro V – CATEGORIA: Mudanças da fadiga na vida diária

SUBCATEGORIA	TEMA
Não Mudou	<i>“No outro dia levanto e vou realizar minha tarefas novamente, não deixo de fazer nada”</i> (S1)
	<i>“Não tem nada a ver, não mudou nada”</i> (S2)
	<i>“Não, eu nunca notei isso não”</i> (S3)
	<i>“Não mudou nada”</i> (S5)
	<i>“Não modificou em nada minha vida diária, graças a Deus”</i> (S6)
	<i>“Não, não mudou nada, até porque eu nunca senti nada desde que descobri a doença, nunca tive nenhum sintoma”</i> (S7)
	<i>“Não, não mudou em nada”</i> (S8)
	<i>“Não, esse câncer de próstata não mudou nada na minha vida”</i> (S9)
	<i>“Não mudou”</i> (S10)
	<i>“Não mudou nada”</i> (S13)
	<i>“Não, não mudou nada”</i> (S12)
Mudou	<i>“Não mudou nada”</i> (S15)
	<i>“Mudou muita coisa, principalmente pescaria que eu fazia. Quando vou pescar, no outro dia parece que eu levei uma surra, fico bem cansado”</i> (S4)
	<i>“Muda sim, porque tu quer fazer uma coisa e não pode, daí tu vai fazer uma coisa e não consegue, dá uma irritação”</i> (S11)
<i>“Sim, muita coisa que eu fazia antes agora eu deixo de fazer, não consigo subir numa escada, deixei de realizar várias atividades”</i> (S14)	

Fonte: Pesquisa direta, Santiago, L.B. Coleta de dados através de entrevista. Porto Alegre, junho de 2010.

No Quadro V, apresento a categoria **mudanças da fadiga na vida diária**, distribuídas em duas subcategorias: **não mudou, mudou**.

Segundo Ferreira (1999) mudança é o ato de mudar, é troca, alteração, modificação, transformação (física ou moral), variação.

Na subcategoria **não mudou**, doze pacientes referiram que a fadiga não mudou nada na sua vida diária.

Benedet e Bub (2001, p. 109) concordam afirmando que “*fadiga é o estado em que o indivíduo experimenta uma sensação constante de sobrecarga, de exaustão e de capacidade diminuída ou de incapacidade para a atividade física e mental.*”.

Na subcategoria **mudou**, três pacientes referiram que a fadiga trouxe mudanças para sua vida diária, nos relatos de S4 “*Mudou muita coisa, principalmente pescaria que eu fazia. Quando vou pescar, no outro dia parece que eu levei uma surra, fico bem cansado*”, na fala de S11 “*Muda sim, porque tu quer fazer uma coisa e não pode, daí tu vai fazer uma coisa e não consegue, dá uma irritação*” e no relato de S14 “*Sim, muita coisa que eu fazia antes agora eu deixo de fazer, não consigo subir numa escada, deixei de realizar várias atividades*” Estes pacientes estão sendo coerentes em seus depoimentos, pois a fadiga resulta em prejuízos para sua vida, impedido-os de realizar atividades simples, ocasionando irritação e sensação de impotência.

De acordo com a concepção de Smeltzer e Bare (2005), as pessoas com algum tipo de incapacidade, física ou mental, frequentemente enfrentam fadiga, podendo ser essa um indicador de depressão ou um sintoma de doença física tal como a anemia.

Segundo a Classificação Diagnóstica da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2008), as características definidoras de fadiga são: aumento da necessidade de repouso, aumento das queixas físicas, cansaço, concentração comprometida, desatento, desempenho diminuído, falta de energia, desinteresse quanto ao ambiente que o cerca, incapacidade de manter as rotinas habituais, incapacidade de manter o nível habitual de atividade física, incapacidade de restaurar energias mesmo após o sono, entre outros.

Este quadro apresentou as mudanças ocasionadas pela fadiga na vida diária de alguns pacientes com câncer de próstata.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra ter alcançado seu objetivo que era conhecer as concepções dos pacientes com câncer de próstata frente à fadiga.

No relato dos pacientes foi possível identificar suas concepções frente ao tema abordado.

Em relação ao conhecimento sobre fadiga, ao entrevistar os quinze pacientes sete não sabiam o que significava o termo fadiga, os depoimentos demonstram nitidamente o desconhecimento sobre o termo. No momento em que o paciente informava desconhecer o termo fadiga, o mesmo era substituído pela palavra cansaço, sintoma que é sinônimo de fadiga. Ao fazer a substituição da palavra fadiga pela palavra cansaço, todos os pacientes referiam ter conhecimento sobre o termo e que não havia dúvidas quanto ao seu significado. Seis sujeitos entrevistados afirmaram com clareza que fadiga é cansaço e dois entrevistados utilizaram termos diversos para conceituar fadiga.

Na categoria **lembrança da primeira vez que sentiu fadiga**, cinco pacientes lembravam-se da primeira vez que sentiram fadiga e dez pacientes referiram não lembrar, este fato pode estar relacionado ao fato de que todos os pacientes realizaram somente tratamento cirúrgico e nenhum realizou quimioterapia. A fadiga está intimamente relacionada ao tratamento quimioterápico, e muitas vezes sua intensidade diminui ou o sintoma desaparece à medida que cessa o tratamento.

A categoria **sentiu fadiga durante os últimos seis meses**, demonstrou que dos quinze sujeitos entrevistados dez sujeitos não sentiram fadiga nos últimos seis meses e cinco sentiram fadiga. A fadiga é um sintoma multifatorial e pode estar relacionado com várias situações, ela pode ser causada pela doença, tratamento, condições psicológicas nas quais se encontra o paciente e o meio social em que ele vive.

Na categoria **a fadiga aparece quantas vezes ao dia**, quatro pacientes afirmaram que o sintoma aparece, e que sua incidência é maior no fim do dia após o trabalho, após terem realizado atividades em excesso, alguns comparam fadiga com dor nas pernas, outros com falta de ar. Este dado confirma a multifatorialidade do termo fadiga e as várias concepções existentes por parte dos pacientes a respeito do tema. Os demais pacientes referiram que o sintoma não aparece no dia-a-dia.

A categoria **mudanças da fadiga na vida diária** aponta doze pacientes que referem não notarem mudanças na vida diária e três pacientes referem que as mudanças são notáveis. Os sujeitos relatam que deixam de realizar atividades banais do dia-a-dia, e também

atividades de lazer como pescaria e caminhadas. Os pacientes utilizam o termo irritação para descrever o sentimento que sentem por deixarem de realizar suas tarefas devido à fadiga.

Após a realização das entrevistas, a análise dos dados coletados e o estudo realizado sobre a fadiga e câncer de próstata, torna-se claro que a concepção final destes pacientes em relação ao termo fadiga é cansaço e quando presente em suas vidas, é um sintoma que provoca impacto, acarretando mudanças e tendo como resultado muitos prejuízos.

Com a realização deste estudo afirmo que deve haver continuidade na elaboração de pesquisas frente a este tema. A realização de estudos em relação ao que estes pacientes fazem para adaptar-se à fadiga e as implicações para o enfermeiro podem trazer grande contribuição ao cuidado prestado a estes pacientes, ao seguimento do tratamento e a uma melhor qualidade de vida ao paciente oncológico.

REFERÊNCIAS

BARACAT, F. F. **Cancerologia atual**. São Paulo: Roca, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>
Acesso em: 10 jun. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. In: **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 13 out. 2009.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnósticos de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. 2. ed. Florianópolis: Bernúcia, 2001.

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

BURKE, Peter. **Uma história social do conhecimento: de Gutemberg a Diderot**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

CARPENITO, L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

COELHO, F. M.; SAWADA, N. A fadiga em pacientes com câncer de laringe. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 103-107, dez. 1999.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**. 2008, v.13, n.4. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000400031&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 29 mai. 2010.

GONZALEZ, J. B. F.; GORINI, M. I. P. C. A fadiga do paciente com câncer: uma revisão sistemática / Fatigue of the patient with cancer: a systematic review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.2, maio.-ago. 2008. tab. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em 03 mar. 2010.

LOPES, A. **Oncologia para a graduação**. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd 2005.

MENDES, M. F.; TILBERLY, C. P.; FELIPE, E. Fadiga e esclerose múltipla: estudo preliminar de 15 casos através de escalas de auto-avaliação. **Journal Neuro-Psiquiatry**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 155-162, June 2000.

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

MOHALLEN, G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica**. Barueri, SP: Manoele, 2007.

MOTA, D. D. C. F. **Instrumentos de auto-relato para avaliação da fadiga: uma revisão sistemática**. 2003. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa Saúde do Adulto da Escola de enfermagem da Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 285-293, 2005.

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

_____; _____. Fadiga em pacientes recebendo cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 111-1117, 2003.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). **NCCN clinical practice guidelines in oncology: fighting cancer fatigue.**2010. Disponível em: <<http://www.nccn.com/Living-with-Cancer/Default.aspx?id=2952>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** São Paulo: DATASUS, 1993. Disponível em : <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

POLIT, D .F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SCHNEIDER, I. J. C.; LOPES, S. M. S.; FURTADO, C. M. R. Fadiga relacionada ao câncer. **Prática hospitalar**, São Paulo, ano 6, n. 35, 2003.
Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2007-35.html>>. Acesso em: 6 jun. 2010.

SMELTZER, S. E.; BARE, B. **Bruner e Suddart: tratado de enfermagem médico cirúrgica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

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

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIA DO PESQUISADOR/ VIA DO PARTICIPANTE

Eu, Lidiane Bitencourt Santiago, acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, junto com minha orientadora, Prof^a.Dr^a. Maria Isabel P. C. Gorini, gostaria de convidá-lo a participar do estudo Concepções do Paciente com Câncer de Próstata Frente à Fadiga.

O objetivo desse estudo é compreender as concepções do paciente com câncer de próstata frente à fadiga.

Será realizada uma entrevista com o senhor para responder algumas perguntas, sendo estas gravadas, por um período de aproximadamente 20 minutos. Seu prontuário também será consultado, para que complementar os dados da pesquisa.

Todas as informações obtidas neste estudo serão publicadas com finalidade científica. Seus dados de identificação serão preservados, e todo material utilizado será destruído passados cinco anos da publicação deste estudo.

Será garantida resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa. O Sr. poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, e isso não trará prejuízo ao seu tratamento nesta instituição.

Eu _____, declaro ter lido, ou me foi lido, as informações acima escritas e concordo em participar do estudo. Fui informado de maneira clara e detalhada sobre o objetivo e sobre as formas que participarei desse estudo.

Além dos telefones disponibilizados dos autores, em caso de dúvida, o telefone para contato com o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é 3359-8304 e está localizado na Rua Ramiro Barcelos 2350, Bairro Santa Cecília, Porto Alegre/RS.

Telefones para contato: 93214826/33729548
99860044/3308-5226

Acadêmica Lidiane Bitencourt Santiago
Prof^a Dr^a Maria Isabel P.C. Gorini

Assinatura do participante: _____

Acad. Lidiane Bitencourt Santiago

Profª Drª Maria Isabel P. C. Gorini

Porto Alegre, _____ de _____ 2010.

APÊNDICE B

Instrumento de Coleta de Dados

1- Características do Paciente

Data da entrevista: __/__/__

Código:	Idade:
Tratamento:	Estadiamento:
Data da Última Quimioterapia:	Religião:
Dia(s) de Internação(s):	Profissão:
Estado Civil:	Com quem mora?
Atividades que realiza no seu cotidiano?	Possui alguma atividade de lazer?

2- Questões sobre: - concepções dos pacientes sobre fadiga;

1-	O que você entende sobre fadiga?
2-	Você lembra da 1º vez que sentiu fadiga?
3-	Você sentiu fadiga durante os últimos seis meses?

4-	O sintoma fadiga aparece/ surge quantas vezes no seu dia a dia?
5-	O que a fadiga mudou na sua vida diária?

ANEXO 1 – Carta de Aprovação COMPESQ**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL****CARTA DE APROVAÇÃO**

Projeto: TCC 38/09
Versão 12/09

Pesquisadores: Maria Isabel Gorini, Lidiane Bitencourt Santiago

Título: CONCEPÇÕES DO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA FRENTE A FADIGA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 09 de dezembro de 2009.

Anne Marie Weissheimer
Coordenadora Substituta da COMPESQ Enf-UFRGS

Prof^a Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO 2 – Carta de Aprovação GPPG/HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100016**Versão do Projeto:** 10/03/2010**Versão do TCLE:** 10/03/2010**Pesquisadores:**

LIDIANE BITENCOURT SANTIAGO

MARIA ISABEL PINTO COELHO GORINI

Título: CONCEPÇÕES DO PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA FRENTA À FADIGA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 19 de abril de 2010.



Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA