

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MARTIELA RIBEIRO TORRES

**FADIGA DO PACIENTE COM CÂNCER:
conhecimentos dos enfermeiros**

Porto Alegre
2006

MARTIELA RIBEIRO TORRES

**FADIGA DO PACIENTE COM CÂNCER:
conhecimentos dos enfermeiros**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini

Porto Alegre
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof^o. Dr^o. José Carlos Ferraz Hennemann
Vice-Reitor: Prof^o. Dr^o. Pedro Cezar Dutra Fonseca

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretor: Prof^a. Dr^a Liana Lautert
Vice-Diretor: Prof^a. Dr^a. Eva Néri Rubim Pedro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenador: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Lourenzi Bonilha
Vice-Coordenador: Prof^a. Dr^a.
Prof^a. Dr^a. Tatiana Engel Gerhardt

Escola de Enfermagem
Rua São Manoel, 963 – Bairro Santa Cecília
CEP 90620110– Porto Alegre – RS
Fone (51) 33165226
Fax (51) 33165436

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T693f Torres, Martiela Ribeiro
Fadiga do paciente com câncer : conhecimentos do enfermeiros / Martiela Ribeiro Torres ; orientadora Maria Isabel Pinto Coelho Gorini. – Porto Alegre, 2006.
80 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, 2006.

1. Enfermagem 2. Enfermagem oncológica 3. Fadiga 4. Neoplasias
I. Gorini, Maria Isabel Pinto Coelho II. Título

CDD: 610.736 98

Responsável: Cleusa Pavan CRB 10/1760

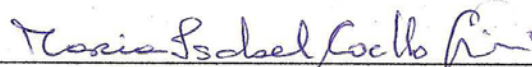
Martielia Ribeiro Torres

FADIGA DO PACIENTE COM CÂNCER: conhecimentos dos enfermeiros

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.


Aprovada em Porto Alegre, em 30 de novembro de 2006.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini
Orientador

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS



Prof. Dra. Liana Lautert

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Prof. Dra. Eva Néri Rubim Pedro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

De acordo do Mestrando: Martielia R. Torres

AGRADECIMENTOS

É com imensa satisfação que agradeço a todos aqueles que contribuíram para a realização desta dissertação. Meu agradecimento inicial é para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição de ensino da qual faço parte desde 1999 e local de excelência para a construção de minha carreira acadêmica. Igualmente agradeço à Escola de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Universidade.

Agradeço à Profa. Dra. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, antiga parceira que muito contribuiu para este estudo, principalmente seu apoio como amiga nos momentos de conversas e trocas importantes, assim como o companheirismo na graduação, na iniciação científica, no trabalho de conclusão de curso e, por último, no mestrado. Agradeço também à sua família. Espero sinceramente que esta parceria continue sempre.

Meu muito obrigada aos colegas enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela composição da amostra deste estudo e que interromperem seu trabalho para responder à entrevista proposta. Da mesma forma agradeço a este hospital por possibilitar esta realização.

Também agradeço às alunas que me ajudaram na coleta de dados, Kelly, Ingrid e Priscila, e ao Lucas pelo auxílio com o banco de dados.

Agradeço aos queridos amigos, os de longe e os de perto, cada um com suas particularidades, que me auxiliaram nos bons e nos maus momentos com sua camaradagem, risadas, críticas e também por fazerem parte da minha vida. Em especial meu agradecimento às amigas do coração, Magali, Tatiana, Tanise e Daiana, pelo apoio incondicional nesta fase mais difícil.

Agradeço à minha família, pai Érico, mãe Clori, irmão Marciel, que me ensinaram e incentivaram a lutar pelos meus sonhos, pois sabemos que esta trajetória não foi fácil, contudo sem o apoio de vocês teria sido impossível. Obrigada pelo apoio e amor desde sempre!

“Eu tenho uma espécie de dever.

Dever de sonhar,

De sonhar sempre.

Pois, sendo mais um expectador de mim mesmo,

Tenho que ter o melhor espetáculo que posso.

Assim me construo a ouro e sedas.

Em salas supostas

Invento palcos, cenários,

Para viver o meu sonho,

entre luzes brandas e músicas invisíveis.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

A fadiga é um sintoma subjetivo e multifatorial, encontrado em pessoas saudáveis e em pessoas doentes. A prevalência da fadiga em paciente com câncer fica em torno de 87%. E suas causas podem estar relacionadas ao tratamento ou à própria doença. Cabe, pois, ao enfermeiro papel relevante na sua prevenção e no seu diagnóstico e tratamento, tanto farmacológico quanto não farmacológico. Este estudo tem por objetivo identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a fadiga do paciente com câncer, relacionando-o às experiências pessoais e à formação e experiência profissional. Este é um estudo de prevalência de caráter observacional, transversal, com abordagem quantitativa. Seus integrantes foram enfermeiros que trabalham em Unidades de Quimioterapia, Radioterapia, Internação Clínica e Cirúrgica, totalizando 78 participantes. Os achados do estudo indicam que os enfermeiros confundem os sintomas com o significado e a abrangência da fadiga e que as definições tenderam a se limitar aos sintomas. Verificou-se que os enfermeiros reconhecem alguns sinais, sintomas, fatores relacionados, têm noção do que é a fadiga, mas não apresentam maior profundidade de conhecimento. Não se encontrou significância estatística entre a experiência pessoal do enfermeiro com a fadiga do paciente com câncer e seus conhecimentos acerca da fadiga. Foram comparadas as categorias de formação e as questões de conhecimento sobre fadiga e não foi encontrada significância entre os grupos. A autora aponta para a necessidade de cursos de capacitação na área, visto que sinais e sintomas, dimensões, manejo e tipos de tratamentos não são conhecidos em sua totalidade pelos profissionais.

Descritores: Enfermagem. Enfermagem oncológica. Fadiga. Neoplasias. Conhecimento.

Limites: Humano.

RESUMEN

La fatiga es un síntoma subjetivo y multifactorial encontrado en personas saludables y en personas enfermas. La prevalencia de la fatiga en paciente con cáncer queda al rededor del 87%. Las causas de la fatiga pueden relacionarse al tratamiento o a la propia enfermedad. El enfermero tiene un rol importante en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, tanto farmacológico cuanto no-farmacológico. Así, el presente estudio tiene como objetivo identificar el conocimiento de los enfermeros acerca de la fatiga del paciente con cáncer y relacionarlo con experiencias personales y la formación y la experiencia profesionales. Es un estudio de observación de prevalencia, de carácter transversal, con abordaje cuantitativo. Los integrantes han sido enfermeros que trabajan en Unidades de Quimioterapia, Radioterapia, Internación Clínica y Quirúrgica, en un total de 78 entrevistados. Los hallazgos del estudio indican que los enfermeros mezclan los síntomas con el significado y el alcance de la fatiga, y las definiciones han tendido a limitarse a los síntomas. Se ha verificado que los enfermeros reconocen algunas señales, algunos síntomas y factores relacionados; tienen una noción de lo que es la fatiga, pero carecen de un conocimiento más profundizado. No se ha encontrado significación estadística entre la experiencia personal del enfermero con la fatiga del paciente con cáncer y los conocimientos de ese profesional acerca de la fatiga. Han sido comparadas las categorías de formación y las cuestiones de conocimiento sobre fatiga, y no se ha encontrado significación entre los grupos. Los resultados apuntan para la necesidad de cursos de capacitación en el área, visto que las señales y los síntomas, las dimensiones, el manejo y los tipos de tratamiento no son totalmente conocidos por los profesionales.

Descriptores: *Enfermería. Enfermería oncológica. Fatiga. Neoplasias. Conocimiento.*

Limites: *Humano.*

Título: *Fatiga del paciente con cáncer: conocimientos de los enfermeros.*

ABSTRACT

Fatigue is a subjective and multifactorial symptom found both in healthy and ill people. The prevalence of fatigue among cancer patients is around 87%. The causes of fatigue might be related to the treatment or the illness itself. The nurse plays an important role in prevention, diagnosis, and treatment, whether pharmacological or not. Therefore, the purpose of the present study was to identify the nurses' knowledge of cancer patients' fatigue and relate that knowledge to personal experiences and professional training and experience. This is a study on prevalence and has an observational and transversal character with a quantitative approach. Nurses working in Chemotherapy, Radiotherapy, Clinical Internment, and Chirurgical Units participated in the study, totalizing 78 interviewed. The findings of the study indicate that the nurses confounded the symptoms with the meaning and extension of fatigue, and the definitions tended to confine to symptoms. It was verified that the nurses recognize some signals, symptoms, and related factors; these professionals had some notion of what fatigue is, but lacked a deeper knowledge. No statistical significance was found between the nurses' personal experience in cancer patients' fatigue and those professionals' knowledge of fatigue. When comparing training categories and the questions testing their knowledge of fatigue, no significance was found between groups. Results indicate the need for training courses in this area, since signals and symptoms, dimensions, administration, and types of treatment are not fully known by the nurses.

Descriptors: Nursing. Oncologic nursing. Fatigue. Neoplasms. Knowledge.

Limits: Human.

Title: Cancer patients' fatigue: the nurses' knowledge.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil de Formação da Amostra de Enfermeiros que Atuam junto a Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006).....	37
Tabela 2 – As Três Palavras Referidas pelos Enfermeiros por Ordem de Frequência 1, 2 e 3, HCPA (2006).....	40
Tabela 3 – Conceito de Fadiga Relacionada ao Câncer segundo Enfermeiros que Trabalham com Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006)	42
Tabela 4 – Sinais e Sintomas de Fadiga Relacionada ao Câncer segundo Enfermeiros que Trabalham com Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006)	45
Tabela 5 – Acertos dos Enfermeiros sobre os Fatores Relacionados à Fadiga em Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006)	47
Tabela 6 – Acertos dos Enfermeiros sobre as Dimensões da Fadiga em Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006)	49
Tabela 7 – Manejo da Fadiga segundo Enfermeiros que Trabalham com Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006).....	52
Tabela 8 – Acertos dos Enfermeiros na Questão sobre Tratamentos Farmacológicos para pacientes com fadiga relacionada ao câncer, HCPA (2006)	53
Tabela 9 – Acertos dos Enfermeiros na Questão sobre Tratamentos Farmacológicos para pacientes com fadiga relacionada ao câncer, HCPA (2006)	54
Tabela 10 – A Atuação da Equipe Multiprofissional no Cuidado do Paciente com Câncer segundo Enfermeiros, HCPA (2006)	55
Tabela 11 – A Importância da Abordagem da Fadiga junto aos Pacientes de acordo com Enfermeiros (2006)	56
Tabela 12 – Número de Questões Acertadas (média ± desvio padrão) no que se Refere aos Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não-farmacológico e Farmacológico em Relação à Experiência Pessoal anterior com Fadiga dos Enfermeiros. HCPA (2006)	59
Tabela 13 – Primeiro Modo pelo qual os Enfermeiros que Trabalham com Pacientes com Câncer Receberam Informações sobre Fadiga, HCPA (2006).....	60

Tabela 14 – Número de Questões Acertadas (média \pm desvio padrão) no que se Refere aos Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não-farmacológico e Farmacológico em Relação ao Recebimento de Informação sobre Fadiga, HCPA (2006).....	61
Tabela 15 – Número de Questões Acertadas (média \pm desvio padrão) no que se Refere aos Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não-farmacológico e Farmacológico em Relação à Formação Acadêmica dos Enfermeiros. HCPA (2006)	62
Tabela 16 – Número de Questões Acertadas (média \pm desvio padrão) no que se Refere a Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não-farmacológico e Farmacológico em Relação ao Tempo de Formação dos Enfermeiros. HCPA (2006)	63
Tabela 17 – Número de Questões Acertadas (média \pm desvio padrão) no que se Refere aos Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não-farmacológico e Farmacológico em Relação à Unidade de Trabalho dos Enfermeiros. HCPA (2006)	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	16
2.1	Objetivo Geral	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Considerações sobre o conhecimento.....	17
3.2	Conceito, Definição e Classificação da Fadiga.....	18
3.3	O Câncer, Tratamento e a Fadiga do Paciente com Câncer	21
3.4	Prevalência e Fatores Relacionados à Fadiga	23
3.5	Intervenções para o Manejo da Fadiga	26
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	Tipo de Estudo	31
4.2	Local de Estudo.....	31
4.3	População Alvo e Amostra.....	32
4.4	Questões de Pesquisa e Variáveis do Estudo.....	32
4.5	Coleta de Dados	33
4.6	Análise dos Dados	34
4.7	Aspectos Éticos.....	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
5.1	Caracterização da Amostra	36
5.2	Termos mais Lembrados quando se Fala em Fadiga.....	39
5.3	Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Fadiga do Paciente com Câncer	41
5.3.1	Conceito de Fadiga	41
5.3.2	Sinais, Sintomas e Fatores Relacionados à Fadiga.....	45
5.3.3	Dimensões da Fadiga.....	49
5.3.4	Manejo da Fadiga em Pacientes com Câncer	50
5.4	Relação entre a Experiência Pessoal do Enfermeiro e a Fadiga	57
5.5	Formação Profissional dos Enfermeiros e Características de seu Trabalho Relacionadas ao Conhecimento da Fadiga.....	59
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67

REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	77
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
ANEXO A – Aprovação do Projeto no Comitê de Ética.....	82

1 INTRODUÇÃO

A motivação para a realização desta Dissertação de Mestrado surgiu da experiência da pesquisadora e de sua orientadora na assistência ao paciente portador de câncer. A opção de estudar a fadiga de pacientes com câncer deve-se, pois, ao fato de que, ao longo da prática profissional, percebeu-se a fadiga como sendo 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 familiares 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 destes.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2005), as estimativas para o ano de 2006 apontam que ocorrerão mais de 400 mil novos casos de câncer. Os tipos mais incidentes serão os de próstata e pulmão no sexo masculino e mama e colo uterino no sexo feminino. A distribuição desses casos é heterogênea entre os estados brasileiros, contudo as regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas de ocorrência. O aumento da incidência do câncer é decorrente de vários fatores como a urbanização, o aumento da expectativa de vida, as ações de promoções e recuperação da saúde, fatores ambientais e mudanças no comportamento dos indivíduos.

O diagnóstico de câncer pode provocar impacto tanto no paciente como nos grupos a que eles pertencem (familiar, social, profissional ou econômico), acarretando mudanças na vida dos 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.

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 investigada, 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. Há que se notar ainda que, em pacientes com câncer, a fadiga pode ser considerada como um dos sintomas que mais prevalecem e pode ser causada pela doença ou pelo tratamento.

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). É um dos efeitos colaterais do câncer e do tratamento, havendo o consenso de que pode ser dividida em seis dimensões diferentes: temporal, sensorial, cognitiva/mental, afetiva/emocional, comportamental/conduta e psicológica (KRISHNASAMY, 2001).

Desta maneira, sendo um conceito subjetivo, é mais difícil identificá-lo, avaliá-lo e propor-lhe formas de manejo. Disso resulta que profissionais da área da saúde devem entender e manejar da melhor forma possível este fenômeno.

Encontram-se poucos estudos brasileiros sobre o tema, não obstante tratar-se de um sintoma muito freqüente e que pode ser amenizado, melhorando o bem-estar do paciente portador de câncer. Tal achado reforça tanto a necessidade de abordagem deste tema quanto chama a atenção para o desconhecimento de pacientes e profissionais em relação ao assunto.

A maioria desses estudos é estrangeira, realizada em países de primeiro mundo como Estados Unidos da América, Inglaterra, Holanda, entre outros, que dispõem de instrumentos específicos para a avaliação da fadiga e a avaliação desta relacionada ao câncer. Enquanto isso, no Brasil a abordagem deste assunto ainda baseia-se na avaliação assistemática, pois não detemos um instrumento em português devidamente validado para sua mensuração adequada e nem manejos sistematizados e reconhecidos para seu tratamento.

A troca de experiências e a sensibilidade são indispensáveis para se perceber um fenômeno tão subjetivo. A interpretação da fadiga envolve inúmeros aspectos que concernem a componentes socioculturais, tais como o ambiente no qual o sujeito está inserido, ou seja, o contexto onde ele vive. Neste sentido, apesar de não haver bibliografia, entende-se como pertinente verificar se as características pessoais dos profissionais influenciam na avaliação e no conhecimento do fenômeno fadiga. Características como experiência pessoal anterior com fadiga e formação profissional podem estar relacionadas ao seu conhecimento da fadiga, pois podem ligar-se diretamente à subjetividade e multifatorialidade da avaliação deste fenômeno.

Desse modo, vale ressaltar a relevância do tema a ser abordado; o enfermeiro deve saber identificar a fadiga para manejá-la e aplicar práticas de enfermagem subsidiadas pela relação entre teoria e prática.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Considerando-se que o conhecimento da fadiga do paciente com câncer por parte dos enfermeiros pode estar relacionado a características pessoais, experiências anteriores e formação profissional, este estudo propõe os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo Geral

Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a fadiga do paciente com câncer.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do estudo são:

- a) verificar a existência de relações entre o conhecimento dos enfermeiros sobre a fadiga do paciente com câncer e suas experiências pessoais;
- b) determinar a associação do conhecimento do enfermeiro sobre a fadiga do paciente com câncer e sua experiência e formação profissional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

No presente capítulo serão abordados os temas mais relevantes para o estudo: considerações sobre conhecimento; conceito e classificação de fadiga; câncer, tratamento para o câncer e a fadiga do paciente com câncer; fatores relacionados e prevalência de fadiga e intervenções para o manejo da fadiga.

3.1 Considerações sobre o conhecimento

“Conhecimento é função ou ato da vida psíquica que tem por efeito tornar um objeto presente aos sentidos ou à inteligência” (CONHECIMENTO, 2006, p. 53). Ou seja, a apropriação intelectual de determinado assunto, tendo em vista dominá-lo e utilizá-lo.

Matui (1995, p. 126) aponta que Piaget identifica três tipos de conhecimento:

o conhecimento físico, decoberto pela ação direta do sujeito sobre o objeto; o conhecimento lógico-matemático, inventado ou criado pela ação sobre a ação, refletindo em nível operatório as ações coletadas em nível prático; e o conhecimento social-arbitrário, contruído em interação com outros indivíduos em sociedade.

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 memória é a capacidade de reter um dado da experiência ou um conhecimento adquirido e trazer à mente; considerada essencial para as constituições das experiências e do conhecimento científico” (MEMÓRIA, 2006, p. 183). Deste modo, a memória pode ser entendida como a possibilidade de relacionar o passado ao presente.

A memória, segundo Lieury (1997), possui dois subsistemas: a memória a curto prazo e a memória a longo prazo. A primeira diz respeito àquelas informações armazenadas por um curto espaço de tempo, menos de um segundo por vezes; a segunda é formada por aquelas informações armazenadas por mais tempo (LIEURY, 1997).

O que se utiliza neste estudo é a memória a curto prazo, pois é capaz de armazenar uma palavra-chave que possibilita recuperar uma série de informações a longo prazo. E também a memória é a base do conhecimento, deve, portanto, ser levada em consideração neste estudo.

3.2 Conceito e Classificação de Fadiga

Na atualidade, há grande interesse em desenvolver um conceito consensual sobre fadiga, pois é um fenômeno que envolve pessoas saudáveis e pessoas doentes. Por outro lado, os estudiosos concordam ser a fadiga um fenômeno subjetivo, multifatorial e multidimensional, o que dificulta o consenso na sua definição e classificação.

Na literatura há muitos conceitos para fadiga, no entanto, os tradicionalmente mais utilizados são os da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*.

O CID-10 definiu a fadiga relacionada ao câncer como diminuição de energia e progressiva necessidade de descansar, desproporcional a 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 dos 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 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Segundo a Classificação Diagnóstica da *Nanda (North American Nursing Diagnosis Association, 2002, p. 115)*, 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.” Os fatores seguintes são descritos como relacionados ao diagnóstico de fadiga: psicológicos (estilo de vida, ansiedade, depressão), ambientais (barulho, temperatura, umidade), situacionais (eventos

de vida negativos), fisiológicos (privação de sono, condição física debilitada, estados de doença, anemia).

Krishnasamy (2001) refere que a subjetividade da fadiga é evidenciada pela necessidade de o indivíduo expressar o sintoma, variando de pessoa para pessoa de acordo com a experiência de vida.

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. Trendall (2000) constatou, em um estudo de revisão da literatura para definição de fadiga, que textos revisados concordam quanto à subjetividade da percepção de fadiga e à sua dificuldade de definição de causa e natureza, não definindo claramente o fenômeno.

A partir de sua análise, Aaronson et al. (1999) afirmam que a fadiga é uma percepção da diminuição da capacidade física ou mental em consequência do desequilíbrio na disponibilidade e utilização de recursos necessários para se desenvolver uma atividade.

A fadiga do paciente com câncer, de acordo com Portenoy e Itri (1999), é diferente da fadiga geralmente relatada pela maioria da população, tanto que o termo “astenia” tem sido utilizado em oncologia para descrevê-la. Segundo os mesmos autores, ela pode ser descrita por uma variedade de características, por exemplo, severidade, angústia, aspecto temporal e características de deterioração tais como ausência de energia, fraqueza, sonolência e dificuldade de concentração.

A proposta sugerida por Carpenito (2003, p. 193) refere a fadiga como um diagnóstico de enfermagem assim definido: “estado auto-reconhecido no qual 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.

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.”.

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.

Portenoy e Itri (1999) referem que os mecanismos fisiopatológicos que ocasionam a fadiga incluem anormalidades no metabolismo tais como o aumento da necessidade das reservas de energia (crescimento tumoral, infecção, febre ou cirurgia), decréscimo de substrato energético disponível (anemia, hipoxemia ou nutrição deficitária), ou produção anormal de substâncias derivadas do metabolismo (citoquinas e anticorpos). Outra possibilidade são os distúrbios do sono e a depressão maior.

Conforme a análise de Mock et al. (2005), a fadiga em pacientes com câncer se define como uma subjetiva e persistente sensação de cansaço relacionada à doença ou ao tratamento ao ponto de interferir no desenvolvimento das atividades usuais.

Dessa forma observa-se que os conceitos concentram a idéia de sintomas, podendo relacionar-se isso ao fato de o mecanismo da fadiga não estar totalmente esclarecido. Então, se não temos um conceito consensual sobre a fadiga, as definições tendem a se limitar aos sintomas.

O estudo aqui apresentado adota o conceito desenvolvido por Ream e Richardson (1996) que é aceito na comunidade científica. Eles definem a fadiga como um sintoma subjetivo, desagradável, que envolve diversas sensações que variam do cansaço à exaustão e que interfere na capacidade do indivíduo de realizar suas atividades normais.

A partir dos conceitos aqui apresentados, percebe-se o quanto é confusa a definição de fadiga, ora trata-se de um sintoma, ora de um fenômeno, ora de uma síndrome. O estudo aqui apresentado baseia-se na conclusão do estudo de Winningham e Barton-Burque (2000), segundo o qual fadiga não é um sintoma, mas genericamente falando é um fenômeno, seguidamente mencionado como uma síndrome, ou seja, um conjunto de sintomas.

Além das dificuldades de encontrar um conceito para fadiga, também há as dificuldades relacionadas à sua classificação.

Segundo Krishnasamy (2001), a fadiga pode ser classificada em seis dimensões diferentes: temporal, sensorial, cognitiva e mental, afetiva e emocional, comportamental e conduta e, psicológica. Na dimensão temporal avalia-se o tempo, pode tratar-se de fadiga aguda ou crônica. Efeitos colaterais da quimioterapia contribuem para a dimensão sensorial de fadiga, enquanto a habilidade de concentração e atenção refere-se à cognitiva e emocional. As mudanças de humor, sofrimento e ansiedade causadas pela fadiga são consideradas dimensões afetivas e emocionais, enquanto as mudanças sociais, de recreação e no trabalho dizem respeito à dimensão de comportamento e conduta. História prévia, que

inclui doença e sintomas, efeitos colaterais da doença e tratamento fazem parte da dimensão psicológica.

Piper (1997) classifica fadiga segundo a sua duração: aguda ou crônica. A fadiga aguda teria uma função protetora para o indivíduo, seria um instrumento de regulação fisiológica. A fadiga crônica caracteriza-se por durar mais de seis meses e por não apresentar melhora após o descanso.

Percebe-se assim que os autores concordam que a fadiga é multidimensional, embora nem todos descrevam as mesmas dimensões. Portanto, para o entendimento do fenômeno como um todo é necessário conhecer-se as dimensões da fadiga para, a partir destes entendimentos, aplicar o melhor tratamento a cada paciente.

3.3 O Câncer, Tratamento e a Fadiga do Paciente com Câncer

O câncer é uma doença existente há muitos anos, já descrita desde a Antigüidade por gregos, romanos e persas. Segundo o *National Cancer Institute* (NCI) (1998), o conhecimento do câncer é antigo, evidenciado pelas descobertas de Edwin Smith e George Ebers, que encontraram no Egito *papyrus* com descrições do câncer datados de 1600 a.C.

Visovsky e Workman (2000, p. 31) referem que “[...] o câncer é um tipo de desordem comum, envolvendo um crescimento descontrolado de células.”. Esses autores afirmam que a carcinogênese ou oncogênese ocorre quando uma célula de aparência normal transforma-se em uma célula de características malignas.

De acordo com Otto (2002), terapêuticas indicadas para o paciente com câncer são a cirurgia (profilática, reconstrutiva, adjuvante ao tratamento ou paliativa), quimioterapia (agentes químicos antineoplásicos), radioterapia (radiação ionizante ou partículas de alta energia para tratar o câncer), bioterapia (modificadores de resposta biológica) e transplante de medula óssea.

Conforme Bonassa e Santana (2005), a quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. São drogas que atuam em nível celular, interferindo no seu processo de divisão e crescimento. A maioria dos agentes antineoplásicos não possui especificidade, ou seja, não destrói seletiva e exclusivamente as células tumorais. Em geral são tóxicos aos tecidos de

rápida proliferação caracterizados por uma alta atividade mitótica e ciclos celulares curtos, responsáveis, então, pelos indesejáveis efeitos colaterais ou tóxicos, conhecidos e geralmente temidos pelos pacientes.

Tanto Ignoffo et al. (1998) quanto Baquiran e Gallagher (1998) concordam que os efeitos colaterais mais frequentes da quimioterapia são a leucopenia, a anemia, a trombocitopenia, bem como náuseas, anorexia, mucosite, alopecia parcial, hiperpigmentação de pele e unhas, desorientação ou confusão mental, cefaléia, estenose do ducto lacrimal, pele seca, eritema na pele, tromboflebite, epistaxe e outros. Estes efeitos colaterais ocorrem em maior ou menor intensidade de acordo com a sensibilidade de cada pessoa.

Os pacientes portadores de câncer de tratamento quimioterápico podem apresentar alterações psicológicas que, segundo Carroll-Johnson et al. (1998), aparecem como medos, ansiedade, raiva, confusão mental, alterações da auto-estima e da imagem corporal.

Para Courneya (2003), o metabolismo de pacientes com câncer sofre modificações importantes devido ao estresse gerado pela própria doença e também pelos efeitos colaterais dos tratamentos. As combinações dessas modificações metabólicas podem estar associadas à depressão e à diminuição do apetite, fatores que levam os pacientes a um estado de fraqueza generalizada.

De acordo com Bonassa e Santana (2005), a fadiga é o sintoma mais frequente vivenciado pelo paciente com câncer. Afeta de 70% a 100% dos que recebem drogas quimioterápicas, radioterapia, transplante de medula óssea ou de células-tronco periféricas e modificadores de resposta biológica.

Conforme Bonassa e Santana (2005, p. 204): “A incidência e a severidade da fadiga relacionada ao câncer parecem ser influenciadas pelas características do paciente e da doença e o tipo e intensidade do tratamento.” Segundo as mesmas autoras, os pacientes com câncer referem que a fadiga inicia com o tratamento ou ainda durante as intervenções terapêuticas e diminui com o término do tratamento. Pode, contudo, persistir em pacientes clinicamente curados.

Assim sendo, o entendimento da multidimensionalidade da fadiga deve estar presente no cotidiano dos profissionais de modo a sua melhor intervenção no tratamento e cuidado dos pacientes, já que ela também se relaciona com o tempo.

Para Barnes e Bruera (2002), a fadiga é o sintoma mais comum associado ao tratamento do câncer e interfere muito na qualidade de vida destes pacientes, embora não

seja suficientemente valorizada quanto à sua presença e avaliação. Uma das maneiras objetivas de avaliação é a presença de anemia (hemoglobina <8g/dl). Avaliar e gerenciar a fadiga, entretanto, é algo bastante complexo, devido a sua subjetividade e natureza multidimensional.

A partir destes entendimentos percebe-se que os enfermeiros podem e devem contribuir na tentativa de melhorar a vida do paciente, bem como ajudar a lidar com a situação da doença e do tratamento para o câncer. O paciente necessita ser cuidado em sua integralidade, e neste sentido o enfermeiro é de fundamental importância: ele está em contato constante com o paciente, tem a possibilidade de formar vínculo com ele e poder entendê-lo mais para melhor cuidá-lo. Nesse contexto se inclui a necessidade de orientação do paciente e de seus familiares.

3.4 Prevalência e Fatores Relacionados à Fadiga

No Brasil, pode-se dizer que a fadiga está apenas começando a ser investigada. Mota (2003), em levantamento bibliográfico sobre o tema em bases de dados no período de 1966 a 2003, identificou 43 estudos brasileiros. Percebe-se que, apesar de ser um sintoma de alta prevalência, é mais pesquisado no exterior que no Brasil.

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

Bonassa e Santana (2005), afirmam que estão envolvidas na etiologia e manutenção da fadiga as seguintes causas ou fatores: câncer, quimioterapia, radioterapia e bioterapia, distúrbios sistêmicos (como anemia, infecção, insuficiência hepática e /ou renal), déficit nutricional, desidratação, distúrbios eletrolíticos, disfunção endócrina, distúrbios do sono, imobilidade ou falta de exercícios, dor crônica, ação de opióides e problemas psicossociais.

Wratten et al. (2004) referem que, em seu estudo, da amostra composta de 52 mulheres, 21 (43%) desenvolveram significativa fadiga durante a radioterapia, enquanto 28

(54%) desenvolveram fadiga mínima ou não apresentaram fadiga. Relatam ainda que a fadiga iniciou-se por volta da 6ª semana após o tratamento e permaneceu em um platô entre 2 a 4 semanas após o tratamento. Ainda neste estudo, apontam que a alta fadiga encontra-se relacionada a altos níveis de neutropenia e contagem de células vermelhas.

O desenvolvimento da fadiga pode ocorrer por mecanismos fisiológicos (anemia, desnutrição), por fatores psicológicos (depressão, ansiedade, personalidade), neurofisiológicos (centrais e periféricos) ou situações ambientais (atividades, características do meio ambiente) (PIPER, 1997).

Segundo Benedet e Bub (2001), a fadiga pode estar relacionada às alterações metabólicas, modificações bioquímicas, déficits nutricionais, distúrbio do sono, doenças crônicas, efeitos da quimioterapia ou radioterapia, efeitos colaterais ou adversos de medicamentos, demandas emocionais e intelectuais prejudicadas ou estresse extremo.

David et al. (1990) realizaram um estudo de prevalência de fadiga em indivíduos saudáveis que demonstrou que aproximadamente 10% da população analisada experimenta a sensação de fadiga. Já o estudo de Ashbury et al. (1998), realizado com 913 pacientes com câncer, mostrou 87% de prevalência de fadiga nesta amostra.

Deste modo, a fadiga é muito prevalente entre pacientes com câncer, por isso, repetidamente, é de grande importância o conhecimento deste fenômeno pelos profissionais da saúde, com a finalidade de orientar, prevenir e tratar o paciente com fadiga. Para prestar cuidado integral ao paciente portador de câncer é necessário considerar a fadiga.

Mota e Pimenta (2003) buscaram estudos que identificassem prevalência de fadiga em pacientes com câncer. Segundo as autoras, esses estudos apresentaram resultados diversificados de acordo com a fase da doença. No momento do diagnóstico ou após o primeiro ciclo de quimioterapia, descreve-se que a fadiga ocorre em aproximadamente 40% dos pacientes. Em grupo de pacientes com câncer avançado, observou-se 75% de prevalência de fadiga, enquanto que, em grupos que receberam cuidados paliativos, ocorreu entre 82% e 99% a prevalência de fadiga.

No estudo de Dillon e Kelly (2003), 70% dos enfermeiros apontam a fadiga como o segundo efeito colateral da quimioterapia. Em contrapartida, no mesmo estudo, 41% dos pacientes reporta a fadiga como o efeito que mais os afeta durante o tratamento. Neste sentido encontramos a visão dos pacientes e a visão dos enfermeiros, e ambas a referem como um efeito que afeta muito os pacientes durante o tratamento quimioterápico.

De acordo com Barnes e Bruera (2002), os fatores etiológicos da fadiga encontrados são os seguintes: comorbidades preexistentes (hipotireoidismo ou distúrbios neurológicos); câncer, seu tratamento e algumas complicações como sepsis, anemia, hipóxia, entre outros; caquexia; anormalidades endócrinas; medicações (opióides, ansiolíticos, anti-histamínicos, hipnóticos, antieméticos e anti-hipertensivos); distúrbios do sono; relação com sintomas físicos (dor, náusea e dispnéia) e fatores psicológicos (ansiedade, depressão, dispnéia).

Normalmente pode-se confundir depressão com fadiga, e não há muitos subsídios teóricos que as diferenciem. Conforme a análise de Bottomley (1998), normalmente no paciente com câncer já haveria alguma predisposição a apresentar quadro depressivo; contudo a doença e o desgaste do tratamento podem influenciar na evolução de um quadro clínico de depressão. Segundo o autor, a esse paciente deve ser-lhe prescrito e orientado o uso de antidepressivos e observada a evolução do seu quadro clínico.

Barnes e Bruera (2002) afirmam que o câncer pode coexistir com sintomas de depressão, dor, anorexia, insônia, ansiedade e náusea e talvez por isso os profissionais de saúde possam vir a confundir os sintomas de depressão com fadiga.

Wratten et al. (2004) concluem que a radiação em câncer de mama desencadeia níveis de fadiga em grupos de pacientes, fadiga que será caracterizada por fatores com relato subclínico de processos que podem de alguma forma envolver a ativação do sistema imune de ativação ou a modulação do ciclo hipotálamo-pituitária-adrenal. O mecanismo ainda não é claro, mas alguns estudos seguem mostrando que é possível alguma relação com a percepção da fadiga. A identificação destes mecanismos pode levar a um sucesso terapêutico e permitir um importante manejo na qualidade de vida de muitos pacientes submetidos à radioterapia.

Na concepção de Mota, Cruz e Pimenta (2005), a depressão é um antecedente da fadiga. Entretanto Hayes (1991) relata que a depressão não é a causa da fadiga e sim o resultado do sentimento constante de cansaço e daí ocorrer fadiga e depressão concomitantemente nos pacientes com câncer. No estudo de Visser e Smeth (1998), os achados apontaram que fadiga e depressão não seguem o mesmo curso ao longo do tempo e não possuem forte relação causal, portanto a relação de causa e efeito não se confirma.

Conclui-se que ainda são necessários mais estudos para se obter explicações quanto a diferenças entre fadiga e depressão, a fim de se abordar a etiologia, sinais, sintomas e percurso no contexto dos indivíduos. A diferença entre fadiga e depressão está na

sintomatologia, a depressão liga-se a idéias negativas e auto-imagem distorcida negativamente. Sua etiologia, contudo, apresenta alguma semelhança, pois ambas estão ligadas à secreção de serotonina, porém a semelhança não ultrapassa este achado.

Tendo em vista que a depressão e a fadiga são passíveis de se confundir, o estudo aqui apresentado adota como diferença entre fadiga e depressão a concepção de Gonçalves et al. (2003), que referem que a depressão pode ser definida como uma desordem mental caracterizada por tristeza, inatividade, dificuldade de concentração, sonolência, insônia, ideação suicida. Para os mesmos autores, a fadiga se define como uma sensação desagradável de cansaço, fraqueza e perda de energia e pode ser expressa de forma física, cognitiva e afetiva. No estudo destes autores houve associação significativa entre sofrer de fadiga e de depressão no início e no final da radioterapia em pacientes com câncer de mama.

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.

3.5 Intervenções para o Manejo da Fadiga

O cuidado ao paciente oncológico exige “manobras” para seu atendimento com qualidade e integralidade e a utilização do termo manejo como o mais adequado no seu tratamento (MOTA; PIMENTA, 2003). Portanto, no estudo aqui apresentado, caracteriza-se manejo como a forma de administrar intervenções para a fadiga do paciente portador de neoplasias.

O manejo da fadiga é um grande desafio para os profissionais da área da saúde. As intervenções que estão sendo desenvolvidas ou testadas para o manejo da fadiga são ainda insuficientes devido à falta de estudos sistemáticos que comprovem os efeitos terapêuticos. O objetivo básico é manter a capacidade funcional do paciente e minimizar as perdas desnecessárias de energia. Após avaliação global do doente, os fatores relacionados à fadiga identificados como causas potenciais podem ser amenizados.

A fadiga pode ser causada tanto pela doença base como pelo tratamento (MOTA; PIMENTA, 2003). As mesmas autoras, em outro artigo, destacam que doentes com câncer avançado são dependentes de cuidadores, contudo cuidadores bem instruídos e motivados podem desenvolver ações para otimizar o tratamento, minimizando desconforto e prevenindo complicações (MOTA; PIMENTA, 2002).

Conforme Bonassa e Santana (2005), muitos médicos e enfermeiros não avaliam a fadiga porque desconhecem tratamentos efetivos ou não percebem sua importância para a qualidade de vida do paciente. Os mesmos afirmam ainda que “[...] a fadiga de pacientes com câncer é sub-reportada, subdiagnosticada e subtratada.” (BONASSA; SANTANA, 2005, p. 204).

Assim se evidencia por que o fenômeno fadiga ainda não está bem explicado entre os profissionais e os pacientes, e o que não se conhece muitas vezes não é tratado. O estudo aqui apresentado tem o intuito de contribuir para o esclarecimento do assunto. Entende-se que, quando se conhecem conceito, sinais, sintomas e manejo da fadiga, pode-se contribuir para seu diagnóstico e manejo.

Os tratamentos convencionais para as causas mais comuns da fadiga são transfusão sanguínea para pacientes anêmicos, enema e aumento da ingestão hídrica quando houver constipação intestinal, controle da glicemia capilar, exercícios respiratórios ou oxigenoterapia para dispnéia, antibióticos para as infecções e uso de analgésicos para o controle da dor. Otimizar e revisar a medicação prescrita é um modo de intervir na fadiga do paciente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2005). O enema, contudo, é contraindicado por ser um procedimento invasivo, na fase de nadir – tempo transcorrido entre a aplicação da droga e a ocorrência do menor valor de contagem hematológica (BONASSA; SANTANA, 2005) – e nos pacientes neutropênicos.

A partir de sua análise, Mota e Pimenta (2002) destacam que há outras formas de terapia a serem utilizadas, compreendendo estratégias que visam a manter ou aumentar os níveis de energia dos pacientes. Estas estratégias podem ser resumidas em organização do momento de descanso/sono; nutrição; uso de terapias complementares; uso de atividades de lazer e educação/aconselhamento a serem discutidos com o paciente e sua família.

De acordo com Barners e Bruera (2002), é muito importante a educação e o aconselhamento que informem a prevalência de fadiga durante o tratamento e com isso amenizem seus sintomas.

Magnusson et al. (1999) realizaram um estudo que relata as maneiras como os pacientes manejam a fadiga. Entre elas inclui-se planejar adequadamente práticas que trazem satisfação: ouvir música, ler, cozinhar, fazer exercícios, ou simplesmente qualquer atividade de interesse do próprio paciente.

Servaes, Verhagen e Bleijenberg (2002) investigaram a relação entre fadiga e atividade física e concluíram que esta é importante para o paciente fatigado, mas deve ser avaliada de acordo com sua capacidade e vontade de realizá-la.

Partindo da análise de Littlewood et al. (2001) no seu estudo randomizado longitudinal controlado com pacientes com recidiva de câncer no qual controlaram a fadiga usando eritropoietina humana (glicoproteína responsável pela regulação da produção de glóbulos vermelhos) em administração subcutânea, observou-se melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Portenoy e Itri (1999) elaboraram um esquema de manejo de fadiga muito aceito na comunidade científica, no qual, após se identificarem as causas e a dimensão de fadiga do paciente, corrigem-se as potenciais etiologias como depressão com antidepressivos e/ou analgésicos, anemia, estudando-lhe as causas e, caso seja necessário, utilizando transfusão sanguínea; distúrbios do sono, com benzodiazepínicos ou similares; infecções tratadas com antibióticos, falta de oxigenação, disfunções nas eliminações, entre outras.

Os mesmos autores sugerem terapias para o tratamento destes sintomas, farmacológicas ou não farmacológicas. As farmacológicas incluem antibióticos, psicotrópicos, antieméticos, analgésicos entre outros. A terapia não farmacológica inclui a educação do paciente, sono e repouso, nutrição e hidratação adequadas, exercícios e manejo de terapias para o estresse psicológico.

Mota e Pimenta (2002) consideram como estratégias freqüentemente indicadas para pessoas com fadiga o aumento dos períodos de descanso e a redução do nível de atividade, embora para alguns pacientes isso possa causar uma debilidade ainda maior. Os profissionais devem fazer o paciente perceber como a fadiga afeta sua vida e lhe fornecer dados para o controle do seu gasto de energia.

Neste ínterim, nota-se a importância da atenção integral ao paciente, ouvindo seus anseios, dúvidas, motivações, desmotivações, atividades diárias, atividades de sono, repouso e lazer. A partir destas observações, pode-se identificar sua fadiga, sua intensidade e buscar o manejo adequado a cada indivíduo.

Bonassa e Santana (2005, p. 205) também classificam as práticas para o manejo de fadiga nos tratamentos farmacológico e não farmacológico:

As intervenções farmacológicas incluem a administração de eritropoetina alfa para o tratamento da anemia induzida pelas drogas, administração de medicamentos específicos, tais como medicamentos antidepressivos para pacientes com depressão e reposição hormonal aos portadores de hipotireoidismo. Há muitos anos os corticoesteróides vêm sendo empregados nos pacientes com câncer avançado, pois aumentam a sensação de bem-estar e os níveis de energia. O uso de psicoestimulantes é mais recente e mais limitado.

Intervenções não farmacológicas são notáveis em sua eficiência, segurança e, em geral, baixo custo. No entanto não são amplamente reconhecidas pela sua eficácia nem incluídas em protocolos padrão. Tratamentos não farmacológicos incluem alterações no padrão de atividades e descanso tais como exercícios, terapia e sono, técnicas de conservação de energia e programas de suporte psicossocial e estratégias de enfrentamento para reduzir o estresse.

Conforme a avaliação de Bonassa e Santana (2005, p. 207), as intervenções de enfermagem para a fadiga dos pacientes com câncer são as seguintes:

1. Avaliar o padrão de fadiga do paciente: início, duração, períodos, alterações ao longo do dia, fatores associados que intensificam ou aliviam e interferência causada nas atividades diárias, profissionais, recreativas, sociais, religiosas, etc..
2. Avaliar o impacto de fadiga sobre funções cognitivas como memória e concentração.
3. Relacionar se as medicações utilizadas pelo paciente causam fadiga.
4. Avaliar o nível de atividade atual e anterior, o padrão de humor e qualidade e quantidade de sono e descanso.
5. Informar aos pacientes e familiares que a fadiga é ocorrência comum no decorrer da doença e tratamento.
6. Encorajar o paciente e familiares a abordarem a fadiga e seu impacto nas atividades da vida diária.
7. Tratar anemia (hemoglobina ideal entre 11 e 12 g/dl), distúrbios do sono, anorexia e dor com recursos terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos.
8. Lembrar da importância de alimentação equilibrada. E, se possível encaminhá-lo ao nutricionista.
9. Sugerir o cumprimento de um programa sistemático de exercícios progressivamente mais intensos, preferencialmente sob supervisão de fisioterapeuta.
10. Explorar e sugerir estratégias para a conservação de energia. Propor a busca de equilíbrio entre períodos de descanso e períodos de atividade e incentivar o paciente a delegar atividades menos importantes.
11. Encorajar a busca de relaxamento, distração e lazer.

12. A presença de psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra na equipe que assiste ao paciente oncológico é muito importante para identificar e tratar distúrbios emocionais. (BONASSA, SANTANA, 2005, p.207)

Vale ressaltar que, se a fadiga está presente no cotidiano dos pacientes com câncer atendidos por profissionais de saúde, depende destes, então, conhecer melhor o fenômeno, saber identificar, avaliar sua magnitude e implementar práticas e intervenções para o seu manejo, sendo que as práticas podem ser farmacológicas ou não farmacológicas.

4 METODOLOGIA

O presente capítulo tem como objetivo apresentar o tipo de estudo realizado, local do estudo, população alvo e amostra, questões de pesquisa, variáveis do estudo, meios utilizados para a coleta e análise dos dados, assim como as considerações éticas do estudo.

4.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo de prevalência de caráter observacional, transversal com abordagem quantitativa.

Motta e Wagner (2003) referem que, ao estudar a prevalência, temos uma medida estática análoga no momento capturado por uma fotografia. No estudo observacional o pesquisador não interfere nos resultados, diferentemente dos estudos experimentais. (PEREIRA, 1995). Segundo Hulley et al. (2003), um estudo transversal caracteriza-se pelo fato de todas as medições serem feitas em uma única ocasião, sem um período de acompanhamento.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esta instituição é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei 5.604, de 2 de setembro de 1970, integrante da rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

4.3 População-Alvo e Amostra

A população-alvo é composta de enfermeiros que atuam em unidades de Internação Clínica e Cirúrgica de adultos e em Unidade de Quimioterapia Ambulatorial e Unidade de Radioterapia do HCPA, um total de 14 unidades hospitalares. A escolha se deu pelo motivo de serem profissionais que prestam assistência a pacientes portadores de câncer, totalizando 100 enfermeiros.

Conforme consulta ao Serviço de Estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação (GPPG) do HCPA, a amostra foi composta por todos os enfermeiros presentes no momento da coleta de dados nas unidades de internação clínica, cirúrgica, quimioterapia e radioterapia (dezembro de 2005 a janeiro de 2006), nos turnos da manhã, tarde, noite e 6º turno, desde que respeitasse os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão do estudo foram:

- a) aceitar participar da pesquisa;
- b) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão foram:

- a) não aceitar participar da pesquisa;
- b) estar em férias, licença saúde ou afastado durante o período de coleta de dados.

4.4 Questões de Pesquisa e Variáveis do Estudo

As questões de pesquisa do presente estudo foram:

- a) Os enfermeiros que prestam assistência ao paciente com câncer apresentam conhecimento em relação à fadiga destes pacientes?
- b) O conhecimento do enfermeiro sobre a fadiga do paciente com câncer está relacionado com as suas experiências pessoais?
- c) O conhecimento do enfermeiro sobre a fadiga do paciente com câncer está associado à sua experiência e formação profissional?

Foram variáveis do estudo:

- a) experiência pessoal do enfermeiro: experiência pessoal com fadiga do paciente com câncer, palavras que lembram fadiga, recebimento de informações sobre fadiga;
- b) características profissionais e de formação do enfermeiro: unidade de trabalho, cargo que ocupa, turno de serviço, tempo de formação, cursos de pós-graduação na área da oncologia ou outras áreas, mestrado, doutorado;
- c) conhecimentos dos enfermeiros em relação à fadiga do paciente com câncer: conceito de fadiga, dimensões de fadiga, sinais e sintomas, fatores relacionados à fadiga, tratamento farmacológico e não farmacológico.

4.5 Coleta de Dados

Para a coleta de dados utilizou-se um formulário de coleta de dados (Apêndice A). O mesmo foi preenchido pela pesquisadora e coletadores treinados para este fim e supervisionados pela pesquisadora. O formulário foi submetido primeiramente a um teste piloto, com cinco enfermeiros, para confirmação e adequação do mesmo.

O instrumento de coleta de dados (formulário) apresenta questões fechadas de escolha múltipla e questões abertas (para o entrevistado argumentar como quiser), sendo que algumas questões têm uma parte fechada e outra aberta para complementação na mesma pergunta.

Este formulário conta inicialmente com questões para caracterização dos entrevistados, como perfil sócio-demográfico, formação profissional e características do trabalho dos enfermeiros. Após verifica-se a experiência pessoal com fadiga do paciente com câncer, através de pergunta fechada de respostas sim e não e da pergunta aberta para discutir com quem teve a experiência, do mesmo modo uma questão referente a já terem recebido informação sobre fadiga e onde a receberam. Depois são apresentadas questões abertas para as palavras mais lembradas quando se fala em fadiga do paciente com câncer, conceito de fadiga e sinais e sintomas. Então se colocam as questões de conhecimento

sobre fadiga, questões fechadas de múltipla escolha, que tratam de fatores relacionados à fadiga, dimensões de fadiga, tratamento farmacológico e tratamento não farmacológico para a fadiga do paciente com câncer. Ainda com questões mistas (abertas e fechadas), se questiona se o entrevistado procura práticas para o manejo da fadiga, se considera aconselhável abordar a ocorrência da fadiga com o paciente e se considera a equipe multidisciplinar importante na identificação e no tratamento da fadiga.

4.6 Análise dos Dados

Os dados obtidos foram analisados através do Programa *SPSS* versão 12.0 (*Statistic Package for Social Sciences*,) utilizando o número de registro, no HCPA nº 552492, e apresentados através de gráficos e tabelas e quadros.

Para a análise estatística foi utilizada a distribuição *t de Student*, que é empregada para trabalhar especificamente com médias de amostras pequenas. Contudo, para algumas questões, precisou-se comparar três ou mais médias para tomar a decisão única/geral, então utilizou-se a análise de variância (ANOVA), este teste usa a distribuição *F*. (MOTTA; WAGNER, 2003), sendo considerado significativo o resultado com $p < 0,05$.

Para as respostas às perguntas semi-estruturadas, foram agrupados por frequência de aparecimento dos termos nas falas dos entrevistados e analisados por frequência de ocorrência.

4.7 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos neste estudo são de alta relevância, já que envolve seres humanos como sujeitos de investigação.

O projeto foi encaminhado ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CPPG/HCPA), para a Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e ética em Saúde, obtendo aprovação quanto aos seus aspectos éticos e metodológicos. (Anexo A).

Conforme Goldim (2001), os princípios éticos a serem assegurados devem estar devidamente apresentados na pesquisa, inclusive outras iniciativas tais como a explicação completa e clara dos objetivos, os métodos de coleta de dados, potenciais riscos e incômodos, os benefícios previstos, a liberdade de abandonar o estudo a qualquer momento sem penalização ou prejuízo, a duração e a garantia do anonimato que assegure a privacidade quanto aos dados confidenciais. Para tanto, o pesquisado inicialmente teve conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinando posteriormente uma via do pesquisado e outra do pesquisador (Apêndice B). O material coletado será guardado e destruído após cinco anos da publicação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra se compôs de todos os enfermeiros presentes no momento da coleta de dados, desde que fossem respeitados os critérios de inclusão e exclusão. Esta amostra foi estimada então em 100 enfermeiros. Fizeram-se entrevistas das quais somente 78 resultaram em sucesso, 1 foi parcialmente respondida (apenas as questões fechadas do instrumento) e 21 não pertenciam aos critérios de inclusão do estudo.

A seguir apresentam-se os resultados de acordo com as entrevistas realizadas.

5.1 Caracterização da Amostra

A idade mínima encontrada na amostra foi de 24 anos e a máxima de 57. A média de idade foi de 39,01 anos e com desvio padrão de $\pm 8,58$. A faixa etária da amostra apresentava 43,59% (n=34); acima de quarenta anos, 17,95% (n=14) e mais de 70% da amostra contava mais de 31 anos.

As mulheres constituíram 97,44% da amostra, fato este que vem ao encontro de a grande maioria dos enfermeiros integrante do mercado de trabalho ser do sexo feminino. Lopes (1996) relata que esta é a configuração dos trabalhadores de enfermagem, a porcentagem de mulheres trabalhadoras em hospitais ultrapassa 70%, sendo que mais de 40% dos trabalhadores pertencem à enfermagem.

Com relação à formação, 62,7% possuía especialização e mestrado (Tabela 1). Entre as áreas de especialização mencionadas pelos entrevistados havia Epidemiologia (n=1), Administração (n=18), Terapia Floral (n=1), Intensivismo (n=4), Obstetrícia (n=1), Gestão em Saúde (n=2), Oncologia (n=2), Saúde Pública (n=7), Controle de Infecção (n=2), Nefrologia (n=2), Enfermagem do Trabalho (n=1), PSF (n=1), Saúde do Adulto (n=2), Educação Especial (n=1), Neurociências (n=1), Cardiologia (n=1), Enfermagem (n=2). Da amostra total, 37,1% (n=29), não tinham especialização e sim graduação e licenciatura.

Tabela 1 – Perfil de Formação da Amostra de Enfermeiros que Atuam junto a Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006)

Variáveis	N	%
Formação Profissional		
Graduação	27	34,6
Licenciatura	2	2,5
Especialização	43	55,1
Mestrado	6	7,6
Total	78	100
Tempo de Formação		
De 1 a 5 anos	14	17,9
De 6 a 10 anos	18	23,0
De 11 a 15 anos	15	19,2
16 anos ou mais	26	33,3
Não respondeu	5	6,4
Total	78	100
Unidades de Trabalho		
Clínica	38	48,7
Cirúrgica	32	41,0
Radioterapia	1	1,3
Quimioterapia	3	3,8
Em mais de um lugar	4	5,1
Total	78	100
Turno de Trabalho		
Manhã	22	28,2
Tarde	24	30,8
Noite	21	26,9
Rodízio	4	5,1
Sexto Turno	7	8,9
Total	78	100
Cargo		
Enfermeira Assistencial	69	88,7
Chefia	9	11,3
Total	78	100

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

Conforme a tabela acima, 55,1% da amostra cursaram especialização em diferentes áreas e apenas 7, 6% fizeram mestrado e nenhum integrante da amostra concluiu doutorado. A pós-graduação *stricto sensu* visa preferencialmente a formação de docentes pesquisadores que atuam no âmbito acadêmico nas universidades e em empresas que possuem pesquisas. A pós-graduação *lato sensu*, ou *especialização*, por sua vez, objetiva a formação em área específica, tendo caráter de aplicação prática.

Nota-se então que, apesar de os enfermeiros buscarem subsídios e continuarem estudando, investe-se menos em cursos de pós-graduação *strictu sensu* e se valoriza mais a

assistência e o conhecimento nas áreas de interesse através de pós-graduação *lato sensu*. Deste modo, considerando-se que os profissionais atuam na assistência, espera-se que invistam mais no aprimoramento específico de sua prática.

Observou-se que o tempo de formação e o período de exercício profissional não apresentaram diferença significativa entre as médias. Em consequência optou-se por adotar o tempo de formação como critério.

Os integrantes da amostra compõem um grupo que se formou há 16 anos ou mais e contam com certa experiência na assistência ao paciente, visto que mais de 50% têm acima de 11 anos de formação. (Tabela 1).

Os locais mais frequentes de trabalho dos enfermeiros entrevistados foram a área de internação clínica, a área de internação cirúrgica, a radioterapia e a quimioterapia. Na categoria em mais de um lugar estão os enfermeiros que trabalham em dois locais, em turnos diferentes, como no caso de atuarem em clínica e cirúrgica ou clínica cirúrgica e radioterapia. Todas as unidades pesquisadas atendem pacientes portadores de câncer, contudo apresentam características diferentes de atendimento como, por exemplo, unidade de quimioterapia, que atende somente pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, e unidade de internação cirúrgica tendo uma permanência menor dos pacientes por características de atendimentos cirúrgicos. Assim optou-se por avaliar se há diferença de conhecimento sobre fadiga do paciente com câncer nas diferentes unidades de atuação.

Em relação ao turno de trabalho, em algumas unidades os enfermeiros da manhã ou da tarde não trabalham nos finais de semana, havendo o “sexto turno”, no qual trabalham apenas em finais de semana e feriados. Os integrantes da categoria “rodízio” integram a equipe que troca periodicamente de turno. O turno de trabalho é relevante para discriminar se há algum em que o manejo se apresente diferenciado.

Em relação ao cargo que exercem os enfermeiros da amostra, temos como categorias o enfermeiro assistencial e o chefe de unidade. 80,77% (n=69) da amostra são compostos por enfermeiros assistenciais. (Tabela 1)

O enfermeiro assistencial no Hospital de realização do estudo desenvolve atividades assistenciais de cuidado direto dos pacientes e o chefe de unidade desempenha, além das atividades assistenciais, atividades administrativas de chefia. Isso nos remete ao fato que a maior parte de enfermeiros da amostra atua na assistência, o que permite inferir a crescente necessidade de se saber como identificar e manejar a fadiga, pois trata-se de profissionais que trabalham diretamente com os pacientes.

No estudo de Knowles et al. (2000), realizado em Edimburgo, cujos participantes eram enfermeiros do *Regional Cancer Center*, todos trabalhando com o Departamento de Oncologia Clínica, o perfil da amostra contavam na maioria entre 26 e 35 anos (67%, n=56), 75% tinham menos de 10 anos de formação (n=66) e 43% tinham curso de pós-graduação (n=36). Nota-se que, no estudo destes autores, o perfil da amostra era de pessoas mais jovens e com menos tempo de formação, contudo, na categoria profissional, os enfermeiros tinham percentual aproximado de pós-graduação comparado ao estudo aqui apresentado.

5.2 Termos mais Lembrados quando se Fala em Fadiga

A memória a curto prazo, segundo Lieury (1997), diz respeito àquelas informações armazenadas por um tempo muito breve, às vezes menos de um segundo. Essa memória é capaz de armazenar uma palavra-chave que possibilita recuperar uma série de informações da memória a longo prazo. Assim, o foco deste estudo é apresentar tais palavras-chaves de forma a demonstrar a classificação subjetiva legada pelos sujeitos e transposta por meio da ordem de aparecimento das mesmas.

Tendo em vista estes preceitos da memória como base do conhecimento, perguntou-se aos entrevistados os termos que lembravam ao ouvirem falar em fadiga do paciente com câncer. Na pergunta deu-se importância à ordem em que os termos apareceram devido à relação entre o conhecimento e a memória, pois o termo que primeiro é lembrado pelos entrevistados é o que eles mais associam à fadiga do paciente com câncer.

Na Tabela 2, apresentada a seguir, com relação aos três termos que os enfermeiros relacionavam à palavra fadiga, os 78 entrevistados tiveram a possibilidade de escolher três termos. Houve, pois, a possibilidade de surgirem 234 diferentes combinações de termos. Conforme o surgimento das palavras, dividiram-se em frequência 1, frequência 2 e frequência 3, de modo que a primeira palavra dita aparece na coluna 1.

Tabela 2 – As Três Palavras Referidas pelos Enfermeiros por Ordem de Frequência 1, 2 e 3, HCPA (2006)

Palavras	Freq. 1	Freq. 2	Freq. 3	Total (n=234)	% sobre o total
Cansaço	30	13	7	49	20,94
Desânimo	2	7	6	15	6,41
Depressão	4	5	5	14	5,98
Sufrimento	5	5	3	13	5,56
Dor	6	7	0	13	5,56
Desesperança	3	4	4	11	4,70
Tristeza	3	4	3	10	4,27
Inapetência	1	7	1	9	3,85
Dispneia	3	4	2	9	3,85
Estado nutricional	2	0	4	6	2,56
Prostração	2	1	2	5	2,14
Ansiedade	2	0	3	5	2,14
Outros	15	21	38	75	31,05
Total	78	78	78	234	100

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

Como primeira palavra referida pelos entrevistados aparece cansaço, seguido de dor, sofrimento, depressão, desesperança, tristeza, dispneia, desânimo, estado nutricional e outras. Em segundo lugar, as mais lembradas são inapetência, dor, desânimo, cansaço, fraqueza, sofrimento, depressão, tristeza, dispneia, desesperança e outras. As últimas foram desânimo, depressão, fraqueza, desesperança, estado nutricional, sofrimento, tristeza, ansiedade, morte, cansaço e outras.

Na abrangência “outros” encontram-se todos os termos que representam menos de 2% das 234 ocorrências. Entre os integrantes de “outros”, têm-se morte, cuidado, angústia, medo, impotência, estresse, desconforto, avanço da doença, imunodepressão, estado emocional, auxílio, anemia, solidão, revolta, quimioterapia, procedimento cirúrgico, mal-estar, negativismo, mal-estado geral, longo tratamento, irritação, infelicidade, indisposição, imobilidade, fim da vida, família, falência orgânica, fim da vida, estímulo, esperança, equipe de enfermagem, doença, debilidade, carência, calma, apatia, aparência e alterações fisiológicas.

No estudo de Knowles et al. (2000), os enfermeiros definiam fadiga principalmente como cansaço (62%), letargia (45%), fraqueza (32%), efeitos psicológicos (32%), falta de energia (24%).

No presente estudo, deparamos com resultados semelhantes, pois observamos que a palavra mais lembrada sobre o total de ocorrências é o cansaço (n=49), seguido de

desânimo (n=15), depressão (n=14) e sofrimento (n=13). Além de ser a palavra mais lembrada no total de ocorrências, o cansaço também foi o termo mais lembrado na frequência 1 de aparecimento.

Pode-se comparar isto com o estudo de Mock et al. (2005), que refere que a fadiga em pacientes com câncer é definida como uma subjetiva e persistente sensação de cansaço que interfere no desenvolvimento das atividades usuais. Da mesma forma, Schneider, Lopes e Furtado (2003) relatam que a fadiga ou astenia são os termos médicos para o cansaço. Assim sendo, entende-se o uso destes termos como sinônimos: fadiga, astenia e cansaço. Nota-se que os termos mais lembrados pelos enfermeiros do presente estudo foram semelhantes aos termos encontrados em estudos anteriores. Portanto, a fadiga não é conhecida em sua totalidade pelos entrevistados, embora estes tenham algum conhecimento da mesma.

O instrumento de coleta de dados contava ainda com uma questão que pedia para o enfermeiro citar os sentimentos que visualizava quando pensava em fadiga do paciente com câncer. Estes resultados não foram utilizados, pois repetiam muitas vezes as palavras citadas na tabela acima, inclusive alguns entrevistados responderam “idem à questão anterior”.

5.3 Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Fadiga do Paciente com Câncer

A seguir serão apresentados os resultados relacionados ao conhecimento dos enfermeiros acerca do conceito, sinais, sintomas, fatores relacionados, dimensões, e manejo de fadiga do paciente com câncer.

5.3.1 Conceito de Fadiga

Um conceito deve provir de uma série de conhecimentos teórico-práticos. No entanto, tais conceitos são interpretados e subjetivados conforme a experiência de cada indivíduo, o que pode influenciar no cuidado prestado. Nortear tais conceitos e perceber

suas várias facetas requer analisar o que os enfermeiros associam à fadiga do paciente com câncer.

Desta forma, entende-se que, quando se pergunta a um indivíduo sobre um determinado conceito, este responderá de acordo com a experiência pessoal e profissional de seu processo de aprendizagem.

Para este estudo, conceito é a imagem mental de um fenômeno, transposta por meio da linguagem e que se torna comunicável utilizando-se as palavras (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005). Assim, foi perguntado aos informantes, através de uma questão aberta, qual o conceito de fadiga relacionada a câncer. Dos 78, apenas 3 não responderam ou referiram não saber. Conforme a frequência de aparecimento dos termos, temos a Tabela 3.

Tabela 3 – Conceito de Fadiga Relacionada ao Câncer segundo Enfermeiros que Trabalham com Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006)

Termos	Total	% sobre o total de termos
Cansaço	33	30,3
Sintoma do câncer	20	18,3
Sintoma do Tratamento	12	11,0
Dificuldade em realizar tarefas	7	6,4
Desesperança	7	6,4
Estresse	5	4,6
Desânimo	5	4,6
Alterações físicas e/ou emocionais	4	3,7
Debilidade	4	3,7
Medo	4	3,7
Falta de energia, fraqueza	4	3,7
Depressão	2	1,8
Dor	1	0,9
Apatia	1	0,9
Total	109	100

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

A fadiga parece ser subjetiva, multifatorial, englobando os âmbitos físicos, emocionais e cognitivos do paciente (MOTA; PIMENTA, 2002). Já que é subjetiva, faz-se necessário salientar suas diversas perspectivas e como essas são apreendidas pelos enfermeiros.

A palavra mais citada para conceituar fadiga foi “cansaço”, com 30,3% do total de 109 termos. Assim, persistentemente tem-se a idéia de que a fadiga é sinônimo de cansaço sem atentar-se para sua intensidade e dimensões. Este fato reforça a conclusão a que chegamos neste estudo, pois os enfermeiros reconhecem alguns sinais e sintomas, mas sem aprofundar-se no assunto: quando descrevem um conceito, centram-se nos sinais e sintomas da doença. E estudos aqui discutidos relatam que cansaço seria sinônimo de fadiga.

A insistência da utilização da palavra “cansaço” e seu emprego como sinônimo de fadiga, sem o acréscimo de maiores explicações acerca da diferença das duas palavras, contém implícitas as diferenças de intensidade. Isto confirma os achados de Mota, Cruz e Pimenta (2005), independentemente da disciplina que estuda a definição; cansaço, exaustão, desgaste, alteração da capacidade funcional e falta de recursos/energia são os principais atributos da fadiga.

Em segundo e em terceiro lugar foram lembrados os sintomas do câncer e sintomas do tratamento respectivamente. Este fato confirma a descrição de Bonassa e Santana (2005) segundo a qual a fadiga pode estar relacionada ao tratamento ou ao câncer e a severidade da fadiga relacionada ao câncer parece ser influenciada pelas características do paciente e da doença.

Também foram abordados os termos desânimo, fraqueza, dificuldade em realizar as atividades. Isto vem ao encontro do que refere Courneya (2003): o metabolismo de pacientes com câncer sofre modificações importantes devido ao estresse gerado pela própria doença e também pelos efeitos colaterais dos tratamentos. As combinações dessas modificações metabólicas podem estar associadas à depressão e à diminuição do apetite, fatores que levam os pacientes a um estado de fraqueza generalizada.

A fadiga encarada como multicausal parece mais coerente com a etiologia da doença, no entanto é preciso atentar para que não se incorra no erro de achar difícil diminuir os fatores de desconforto possivelmente contribuintes para o aumento da fadiga. Para Coelho e Sawada (1999), a fadiga está relacionada a fatores psicológicos, tratamento e fases da doença. Mota e Pimenta (2002) concordam, relatando que a fadiga é um sintoma subjetivo e com múltiplas etiologias, multifatorial.

É possível notar nas falas dos informantes que o conceito utilizado centra-se nos sintomas, muitas vezes sem mencionar possíveis etiologias ou incidência. Neste ínterim, percebe-se que os enfermeiros misturam sintomas com o significado e a abrangência da

doença. Mota, Cruz e Pimenta (2005) asseveram que um dos maiores problemas de se incluírem causas ou fatores relacionados nas conceituações de fadiga é a confusão que possa advir no que se refere ao fator causal do fenômeno, pois este pode ser diferente em cada situação.

Para os pacientes, a fadiga é mais facilmente explicada pela forma como afeta o indivíduo do que pela verbalização de sintomas (MAGNUSSON et al. 1999). Os profissionais lidam com os sintomas e, talvez como Magnusson et al. (1999) indicam, não percebem que a fadiga não é uma experiência única para o paciente, mas uma dinâmica entre as conseqüências e as ações em conexão com as experiências.

As palavras-chaves encontradas abrangem parcialmente os achados do estudo de Mangnusson et al. (1999). Este estudo foi realizado com 15 pacientes com câncer e investigou a experiência da fadiga, encontrando três categorias: experiências (de perda, necessidades, estresse psicológico, emocional, fraqueza anormal e dificuldade em tomar a iniciativa), conseqüências (limitação social, auto-estima diminuída, qualidade de vida diminuída), ações (decréscimo da memória).

Conforme a pesquisa bibliográfica realizada por Mota e Pimenta (2002), a fadiga, ao ser estudada por médicos, enfermeiros e farmacêuticos, esses tendem a enfatizar aspectos mais afeitos a suas práticas.

Assim, conforme afirma Magnusson et al. (1999), a experiência da fadiga pode ser expressa de várias formas. No que compete ao enfermeiro, para otimizar o cuidado, é necessário que ele entenda o conceito também do ponto de vista do paciente. Lembra-se, ainda, que não há um consenso estabelecido sobre fadiga, o que, de acordo com Mota, Cruz e Pimenta (2005), retarda a construção de novos conhecimentos. Mesmo assim, os mesmos autores estabelecem três referentes empíricos associados como os mais importantes para o conceito de fadiga:

[...] a verbalização do cansaço/canseira e exaustão, diminuição da capacidade de realizar atividades habituais e a falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação de energia. (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005, p. 291).

A maioria dos sujeitos pesquisados faz referência à utilização por vezes implícita destes três termos (cansaço, canseira, exaustão), porém este conhecimento não é sistematizado pelos enfermeiros.

Outro aspecto é a freqüente associação da fadiga a características psicológicas. 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.

De acordo com o referencial teórico apresentado no presente estudo, chega-se ao consenso que a diferença entre fadiga e depressão reside na sintomatologia, pois a depressão está associada a idéias negativas, suicidas e de auto-imagem distorcida negativamente. A etiologia apresenta alguma semelhança, - ambas estão ligadas à secreção de serotonina - porém essa semelhança não ultrapassa este achado. Por este motivo justifica-se a confusão entre fadiga e depressão.

5.3.2 Sinais, Sintomas e Fatores Relacionados à Fadiga

De acordo com a análise de frequência das respostas, os sinais e sintomas mais frequentes estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Sinais e Sintomas de Fadiga Relacionada ao Câncer segundo Enfermeiros que Trabalham com Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006)

Sinais e Sintomas	Total	% sobre o total de termos
Cansaço	47	17,9
Inapetência	21	8,0
Desânimo	19	7,2
Prostração	15	5,7
Depressão	14	5,3
Fraqueza	14	5,3
Desmotivação	12	4,6
Diminuição da atividade	11	4,2
Apatia	9	3,4
Anemia	9	3,4
Desesperança	9	3,4
Ansiedade	8	3,0
Dor	8	3,0
Dispnéia	7	2,7
Emagrecimento	6	2,3
Palidez	6	2,3
Tristeza	6	2,3
Irritabilidade	6	2,3
Desconforto	4	1,5
Saturação Baixa	4	1,5

Tristeza	4	1,5
Medo	3	1,1
Sonolência	3	1,1
Taquipnéia	3	1,1
Labilidade emocional	4	1,5
Neutropenia	2	0,9
Pessimismo	2	0,9
Isolamento	2	0,8
Insônia	2	0,8
Mau-humor	2	0,8
Total	262	100

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

A palavra cansaço foi novamente citada, entretanto grande parte das vezes como um sinônimo de fadiga. Este fato vem ao encontro da análise de Schneider, Lopes e Furtado (2003), que referem que fadiga ou astenia são os termos médicos para o cansaço. Desta forma, entende-se o uso destes termos - fadiga, astenia e cansaço - como sinônimos, portanto não há subsídios teóricos que os diferenciem na literatura científica.

A fadiga apresenta alguns sintomas significativos e “bem” identificados pelos entrevistados. Alterações do sono e de apetite são muito freqüentes nos quadros de fadiga relacionada ao câncer. A angústia e a auto-estima diminuída podem, de fato, ser um indicativo fomentador da fadiga por uma série de modificações físicas ocasionadas pelo câncer. O mau-humor também pode ser indicativo de vários outros transtornos de humor, de onde possivelmente seja necessário investigar melhor os sintomas, pois pode haver sobreposição de outras enfermidades, confundindo-se o diagnóstico e, conseqüentemente, o manejo necessário.

Diante destes achados podemos concordar com o achado de Mendes, Tilberly e Felipe (2000): a fadiga é um sintoma clínico pouco estudado, sendo conhecida sua associação com fenômenos auto-imunes, neoplásicos, inflamatórios e infecciosos e pode ser influenciada por sintomas como dor, distúrbios do sono, alterações do humor e alterações cognitivas.

O estudo de Knowles et al. (2000) também verificou como sintomas mais freqüentes letargia (37%), apetite reduzido (36%), cansaço (30%), desinteresse (27%), mudança de humor (26%), depressão (25%), falta de energia (21%). Os autores descobriram que os enfermeiros de sua amostra estão aptos a descrever um número de discretos componentes da fadiga, porém eles não necessariamente reconhecem sua intensidade.

Este fato também aparece no estudo aqui apresentado, pois os enfermeiros identificam alguns sinais, sintomas, fatores relacionados, têm uma noção do que é a fadiga, mas não apresentam maior profundidade de conhecimento. Isto pode estar relacionado ao fato de lhes faltar um instrumento específico de avaliação e mensuração da fadiga do paciente com câncer.

Trendall (2000) afirma que fadiga traz uma possibilidade muito pequena de padronização ou mensuração de seus sintomas porque é dinâmica, varia entre os indivíduos e entre diferentes períodos do dia.

Com relação aos fatores relacionados à fadiga, o instrumento de pesquisa contava com nove questões sobre os fatores que a influenciam, tanto para a incidência da fadiga quanto para o agravamento do quadro clínico. Os fatores discriminados na questão eram os efeitos colaterais de quimioterapia e radioterapia, doenças crônicas, anemia, déficits nutricionais, efeitos colaterais ou adversos de medicamentos, alterações metabólicas, modificações bioquímicas, estresse e fatores emocionais. A pergunta era de escolha múltipla e apresentam-se as respostas na Tabela 5.

Tabela 5 – Acertos dos Enfermeiros sobre os Fatores Relacionados à Fadiga em Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006)

Fatores relacionados	Frequência de acertos	% de acertos
Efeitos colaterais de químio e radio	72	92,3
Fatores emocionais	69	88,5
Estresse	66	84,6
Déficits nutricionais	58	74,4
Anemia	55	70,5
Alterações metabólicas	53	67,9
Efeitos colaterais de medicamentos	52	66,7
Doenças crônicas	49	62,8
Alterações bioquímicas	41	52,6
Total	515	

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

Segundo Benedet e Bub (2001), a fadiga pode estar relacionada às alterações metabólicas, modificações bioquímicas, déficits nutricionais, distúrbio do sono, doenças crônicas, efeitos da quimioterapia ou radioterapia, efeitos colaterais ou adversos de medicamentos, demandas emocionais e intelectuais prejudicadas ou estresse extremo.

Deste modo confirmam-se os achados neste estudo, pois os fatores relacionados mais acertados pelos entrevistados foram efeitos colaterais de quimioterapia e radioterapia

(92,3%), fatores emocionais (88,5%) e estresse (84,6%). Percebe-se que os entrevistados atribuem a ocorrência da fadiga na maioria das vezes ao tratamento (72 dos 78 entrevistados), o que se confirma na literatura, não sendo, porém, o único fator relacionado, nem o mais importante. Assim, não se pode atribuir as dimensões da fadiga somente ao tratamento e sim a um conjunto de fatores correlacionados.

Fatores emocionais e estresse foram bastante acertados, o que também nos remete a pensar que talvez os profissionais não reconheçam as dimensões da fadiga, atribuindo sua ocorrência à dimensão emocional e ao tratamento da doença.

Para Portenoy e Itri (1999), a avaliação das características e manifestações da fadiga deve incluir a intensidade, período (início, curso, duração, padrão diário), exacerbação e fatores paliativos, associados à angústia, impacto, perda de energia, fraqueza muscular, sonolência, alteração de humor, piora na função cognitiva, além das potenciais etiologias associadas à condição de co-morbidade e, de forma geral, a influência sobre a qualidade de vida do paciente como um instrumento específico.

No estudo de Knowles et al. (2000), verificaram-se fatores que contribuem para a fadiga relacionada ao câncer: tratamento 87%, processo da doença 63%, padrão nutricional 60%, ansiedade e depressão 42%, anemia 30%, fatores psicológicos 19%. Em comparação com o estudo aqui apresentado, pode-se perceber que apenas a fadiga relacionada ao tratamento foi o fator lembrado em comum nos dois estudos. Então se entende que os enfermeiros dos dois estudos compreendam a fadiga como relacionada ao tratamento do câncer. Este fato pode ser preocupante, pois, se for considerada uma consequência natural do tratamento, talvez não se lhe dê a importância e o manejo necessários.

5.3.3 Dimensões da Fadiga

No que se refere às dimensões da fadiga, foi proposta uma questão de múltipla escolha, sendo abordadas as dimensões temporal, sensorial, cognitiva/mental, emocional, de conduta e psicológica (Tabela 6).

Tabela 6 – Acertos dos Enfermeiros sobre as Dimensões da Fadiga em Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006).

Dimensão da Fadiga	Frequência de acertos	% de acertos
Dimensão emocional	70	89,7
Dimensão psicológica	60	76,9
Dimensão sensorial	41	52,6
Dimensão cognitiva e mental	39	50,0
Dimensão de conduta	23	29,5
Dimensão temporal	18	23,1
Total	251	

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

Segundo Krishnasamy (2001), a fadiga pode ser classificada em seis dimensões diferentes: temporal, sensorial, cognitiva e mental, afetiva e emocional, comportamental e conduta e, psicológica. Na dimensão temporal avalia-se o tempo e pode tratar-se de fadiga aguda ou crônica.

Efeitos colaterais da quimioterapia contribuem para a dimensão sensorial de fadiga, enquanto a habilidade de concentração e atenção refere-se à cognitiva/emocional. As mudanças de humor, sofrimento e ansiedade causadas pela fadiga são consideradas dimensões afetivas e emocionais, enquanto as mudanças sociais, de recreação e no trabalho dizem respeito à dimensão de comportamento e conduta. História prévia que incluem doença e sintomas, efeitos colaterais da doença e tratamento fazem parte da dimensão psicológica (KRISHNASAMY, 2001).

As dimensões mais acertadas foram a dimensão emocional (89,7%) e a dimensão psicológica (76,9%). Este fato demonstra que a fadiga está fortemente ligada aos fatores emocionais e psicológicos do paciente. Contudo, caso se abordarem somente estas dimensões, talvez sejam deixados de lado outros aspectos importantes para o manejo da fadiga do paciente com câncer.

Para Barnes e Bruera (2002), a fadiga é o mais prevalente sintoma em pacientes com câncer avançado, em vista disso as dimensões e o manejo são importantes para melhorar a qualidade de vida do paciente. A avaliação e manejo da fadiga são complexos pela sua natureza subjetiva e multidimensional. No entanto, pesquisas em fadiga vêm ganhando visibilidade e tendo por enfoque novos instrumentos de avaliação, fatores etiológicos, guias de manejo e agentes para o tratamento.

De acordo com Mota e Pimenta (2002), ainda predomina a concepção multidimensional, sendo avaliados os aspectos físicos, emocionais e cognitivos, na tentativa de quantificar a magnitude associada à observação dos profissionais.

Deste modo se percebe a importância de os profissionais da saúde saberem identificar as dimensões da fadiga, a fim de escolherem o melhor manejo para cada paciente.

5.3.4 Manejo da Fadiga em Pacientes com Câncer

Através do formulário de pesquisa, perguntou-se para os enfermeiros se eles manejavam de alguma forma a fadiga e como isso era feito, assim como os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Foi perguntado, ainda, se julgavam aconselhável abordar a ocorrência de fadiga com o paciente e por que e o papel da equipe multidisciplinar para a identificação e o tratamento da fadiga.

Quando os informantes foram questionados sobre a utilização de alguma prática para o manejo, dois não quiseram responder; 17,13% (n=13) disseram que não; 19,74% (n=15) responderam que às vezes adotavam algum tipo de intervenção e 63,16% (n=48) responderam sim.

Dos 63,13% que responderam que adotam medidas para o manejo da fadiga, oito informantes não responderam ou não especificaram suas práticas. Avaliar o paciente com fadiga é muito difícil, ainda mais quando não há um conceito universal. Em consequência da complexidade dos sintomas, uma avaliação cuidadosa da fadiga é vital para planejar intervenções apropriadas. Em estudo anterior, Knowles et al. (2000, p. 110) demonstram que a maioria das enfermeiras intervém de alguma forma servindo-se de uma variedade de estratégias, porém “[...] é desconhecido como estas estratégias são conduzidas, em qual detalhamento e se são ou não avaliações de rotina.”. Acrescenta-se a isto o desconhecimento da efetividade comprovada destas intervenções, pois não são utilizados critérios formais para trabalhar com estes pacientes. Isto sugere que o desenvolvimento de pesquisas pode trazer maior formalização, avaliação de sintomas regulares e documentais.

Os 17,13% dos informantes que responderam “não” alegaram “não saber” o que fazer, ou simplesmente se negaram a responder a parte descritiva da questão. Os que

informaram que às vezes mantinham alguma prática de manejo destacaram a conversa, o apoio do serviço de psicologia e amenizar a dor ou o desconforto.

Desta forma, 82,9% dos participantes afirmaram empregar alguma prática para minimizar a fadiga de pacientes com câncer. Entre as mais citadas encontram-se a conversa, o auxílio da equipe multidisciplinar, as atividades recreativas e de lazer, a motivação, a fé ou o pensamento positivo e a atividade física (Tabela 7).

Tabela 7 – Manejo da Fadiga segundo Enfermeiros que Trabalham com Pacientes com Diagnóstico de Câncer, HCPA (2006)

Formas de Manejo	Total	% sobre o total de termos
Conversa	22	30,9
Auxílio da equipe e multidisciplinaridade	14	19,7
Atividade Física e relaxamento	11	15,5
Incentivo à recreação e lazer	10	14,1
Motivação, fé e pensamento positivo	9	12,8
Presença da Família	5	7,0
Total	71	100

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

De acordo com as respostas sobre o manejo da fadiga (Tabela 7), percebe-se que a maior parte das práticas tem enfoque comportamental e de conforto, no entanto faltam medidas compatíveis com os sintomas físicos e de depressão. Diferentes tipos de estratégias parecem muitas vezes sem efeito para alguns pacientes, por exemplo a auto-ajuda, pois os pacientes que as realizam são aqueles que estão em melhores condições, portanto menos fadigados (MAGNUSSON et al, 1999).

Trendal (2000, p. 1126) refere que “[...] em relação aos referenciais empíricos, é possível observar limitações, ainda mais quando estas tentativas naturalmente tendem ao reducionismo.” Desse modo, a fadiga, por não dispor de conceito, avaliação e intervenções bem definidas, acaba sendo manejada por formas empíricas ou subtratada.

O manejo dos pacientes com fadiga consiste na tentativa e no empenho de suprir as necessidades dos pacientes. Segundo achados do estudo de Gorini (2001), pacientes com

câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial apresentam, entre outras, a necessidade de auto-realização caracterizada pela valorização das crenças religiosas de acordo com seus valores e seu contexto social. Esta necessidade é do conhecimento dos enfermeiros, como se pode notar no manejo por meio da “motivação, fé e pensamento positivo”.

Assim, os enfermeiros têm um papel importante na intervenção da fadiga dos pacientes com câncer, pois podem atuar no tratamento farmacológico e não farmacológico oferecendo atenção integral ao paciente, ouvindo seus anseios, dúvidas, motivações, desmotivações, atividades diárias, atividades de sono, repouso e lazer. A partir destas observações, pode-se identificar a fadiga do paciente, bem como sua intensidade e procurar o manejo adequado a cada indivíduo.

O manejo da fadiga dispõe de vários meios, tais como o farmacológico e o não farmacológico. Sobre o conhecimento dos enfermeiros em relação aos tratamentos, foram realizadas duas questões.

Portenoy e Itri (1999) sugerem terapias para o tratamento da fadiga, farmacológicas ou não farmacológicas. As farmacológicas incluem transfusão sanguínea, psicotrópicos, antieméticos, antidepressivos, analgésicos corticoesteróides, entre outros.

Na questão do manejo farmacológico, temos como possibilidades de tratamento a transfusão sanguínea, medicamentos antidepressivos, administração de eritropoetina alfa e corticosteróide. Assim, tratava-se de uma questão de múltipla escolha (Tabela 8).

Tabela 8 – Acertos dos Enfermeiros na Questão sobre Tratamentos Farmacológicos para Pacientes com Fadiga Relacionada ao Câncer, HCPA (2006)

Tratamentos farmacológicos	Freqüência de acertos	% de acertos
Antidepressivos	69	88,5
Transfusão sanguínea	43	55,1
Eritropoetina	18	23,1
Corticoesteróides	12	15,4
Total	142	

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

No estudo aqui apresentado nota-se que os enfermeiros entrevistados apresentam desconhecimento em relação à terapêutica farmacológica para a fadiga. Os antidepressivos foram a terapêutica mais acertada (88,5%), do que se pode concluir que a fadiga é associada à depressão. Este fato corre o risco de deixar de lado outros aspectos e dimensões da fadiga, resultando em um manejo não adequado ou insuficiente.

O tratamento acertado em segundo lugar foi a transfusão sanguínea (55,1%). Esta, segundo Portenoy e Itri (1999), é importante para tratar a anemia. O uso de Eritropoetina alfa foi acertado por 23,1%, sendo utilizada para o tratamento da anemia induzida pelos quimioterápicos (BONASSA; SANTANA, 2005). Os corticoesteróides foram acertados como tratamento farmacológico em 15,4%. Há muitos anos os corticoesteróides vêm sendo empregados nos pacientes com câncer avançado, pois aumentam a sensação de bem-estar e os níveis de energia (BONASSA; SANTANA, 2005).

A questão concernente ao tratamento não farmacológico era de múltipla escolha e as respostas estão representadas na tabela 9.

Tabela 9 – Acertos dos Enfermeiros na Questão sobre Tratamentos Não Farmacológicos para Pacientes com Fadiga Relacionada ao Câncer, HCPA (2006)

Tratamento Não Farmacológico	Freqüência de acertos	% de acertos
Encorajar relaxamento e lazer	67	85,9
Avaliar atividades de sono e repouso	56	71,8
Hábitos alimentares saudáveis	56	71,8
Avaliar atividades diárias	54	69,2
Estratégias de conservação de energia	49	62,8
Boa ingestão hídrica	47	60,3
Exercícios físicos moderados	33	42,3
Total	362	

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

De acordo com a tabela 9, verifica-se que os tratamentos não farmacológicos mais reconhecidos para a fadiga foram encorajar relaxamento e lazer (85,9%) e avaliar as atividades diárias do paciente (69,2%). Deste modo, percebe-se que os enfermeiros entrevistados reconhecem pouco os tratamentos não farmacológicos para a fadiga do paciente com câncer. Isso demonstra que eles valorizam pouco todas as possibilidades de manejar a fadiga e que poderiam intervir muito mais para a melhora da vida destes pacientes. Também demonstra que as intervenções não farmacológicas são notáveis em sua eficiência, segurança e, em geral, baixo custo. No entanto não são amplamente reconhecidas pela sua eficácia, nem incluídas em protocolos padrão.

Segundo Tralongo, Respini e Ferrá (2003), a fadiga é uma experiência comum em indivíduos, pode persistir por um longo tempo em indivíduos jovens, levar à dependência funcional e ter um impacto substancial no cuidado e na qualidade de vida de idosos. Correção da anemia, polifármacos, manejo da depressão e distúrbios do humor, suporte

nutricional e um programa de exercícios realísticos podem melhorar os sintomas e prevenir a deterioração em função da qualidade de vida.

Para Barnes e Bruera (2002 p. 426):

[. . .] quando não é óbvia a etiologia da fadiga ou a causa não pode ser identificada como reversível, intervenções sintomáticas bem como educação, aconselhamento e empregos de recursos farmacológicos e não farmacológicos podem ser usados.

Os tratamentos sintomáticos são farmacológico (corticosteróide, agentes progestacionais, psicoestimulantes) e não farmacológicos (educação, aconselhamento e exercícios). Com relação aos tratamentos específicos, têm-se manejo da dor, higiene do sono, correção da anemia, manejo de anormalidades metabólicas, tratamento de sepsis, hidratação e manejo dos distúrbios de humor.

De acordo com Trendall (2000), a fadiga pode ser experienciada separadamente da severidade de outras doenças existentes e as enfermeiras desempenham nisso um papel importante, pois precisam estar atentas ao nível de fadiga de forma a planejar um plano de cuidado apropriado.

Com relação à importância da participação da equipe multidisciplinar, um entrevistada não respondeu; um respondeu que “às vezes” é importante (1,28%). Os outros 97,44% (n=76) responderam “sim, é importante”.

Entre as pessoas que responderam sim, podemos encontrar as seguintes respostas (Tabela 10):

Tabela 10 – A Atuação da Equipe Multidisciplinar no Cuidado do Paciente com Câncer segundo Enfermeiros, HCPA (2006)

A atuação da equipe multiprofissional	Total (n=73)	% sobre o total de termos
Integralidade do Cuidado	42	57,5
Melhorar o Cuidado	16	21,9
Cuidado Segmentado	15	20,6
Total	73	100

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

Segundo Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), a equipe multidisciplinar deve buscar trabalhar de forma harmônica, formada pela diversidade dos saberes e profissionais, sem que isto implique falta de discordância, mas um arranjo de elementos diferentes que

estabeleça uma relação de pertinência. Trabalhar em equipe implica em diferentes saberes e diferentes formações que integrem o processo de trabalho, tendo por objetivo a integralidade da saúde.

Desse modo, nota-se que 91% dos enfermeiros consideram importante não segmentar o cuidado, enfatizando que o trabalho em equipe vai ajudar a melhorar o tratamento e a integralidade do cuidado.

Quando foi perguntado sobre a importância de abordar a fadiga com o paciente, 2,56% (n=2) não responderam, 6,41% (n=5) disseram que não abordavam, 11,54% (n=9) informaram que às vezes discutiam sobre fadiga com o paciente e 79,49% (n=62) afirmaram falar sobre fadiga. A importância da abordagem da fadiga para o paciente com câncer está representada na tabela 11.

Tabela 11 – A Repercussão da Abordagem da Fadiga junto aos Pacientes de acordo com Enfermeiros (2006)

Repercussão	Total	% sobre o total de termos
Melhor para o paciente	37	56,9
Tem repercussões positivas no tratamento	15	23,1
Minimiza prejuízos na qualidade de vida do paciente	9	13,9
Melhor para a equipe	4	6,15
Total	65	100

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

De acordo com o *National Comprehensive Cancer Network* (2000), os pacientes devem ser informados da possibilidade de desenvolver fadiga devido ao tratamento para o câncer. É ressaltada, ainda, a necessidade de aconselhar os pacientes sobre estratégias para diminuição da fadiga tais como técnicas de conservação de energia, lazer e manejo do estresse.

Segundo Coelho e Sawada (1999), os sintomas de fadiga nos pacientes com câncer são de grande relevância, portanto os profissionais devem reconhecê-los para orientar os pacientes sobre mecanismos que aliviem estes sintomas.

O estudo de Menezes e Camargo (2006) relata a importância de fornecer informações de cunho educativo aos pacientes sobre a fadiga. Como essa pode variar de padrão de acordo com o tempo, os pacientes devem ser avaliados constantemente, para se adequarem as estratégias ao momento do paciente.

De acordo com Portenoy e Itri (1999), o sucesso do tratamento depende de uma abordagem junto ao paciente, a educação em saúde relacionada à natureza da fadiga, opções de terapia e antecipação dos resultados é um aspecto essencial da terapia.

Stobäus e Mosquera (1991, p. 18) referem que “A educação deve se voltar para o homem. Deve prepará-lo para o aqui e o agora, mas também para o amanhã.”. Verificamos com isso que a educação para a saúde é de grande valor em tal contexto, pois possibilita que o paciente conheça a fadiga e saiba manejá-la no momento em que apresentar o sintoma.

5.4 Relação entre a Experiência Pessoal do Enfermeiro e a Fadiga

Uma das questões de pesquisa do presente estudo consiste em que experiências anteriores com fadiga em pessoas com câncer, fora do ambiente de trabalho, podem de alguma forma influenciar no conhecimento do enfermeiro. Em vista disso, torna-se necessário averiguar as experiências pessoais dos enfermeiros.

Do total de entrevistados, 53,8% (n=41) responderam não ter experiências anteriores no cuidado de pessoas com fadiga fora do ambiente de trabalho (Gráfico), enquanto 46,2% (n=36) relataram contato com fadiga em pessoas com câncer fora do ambiente de trabalho e apenas um entrevistado não respondeu à questão.

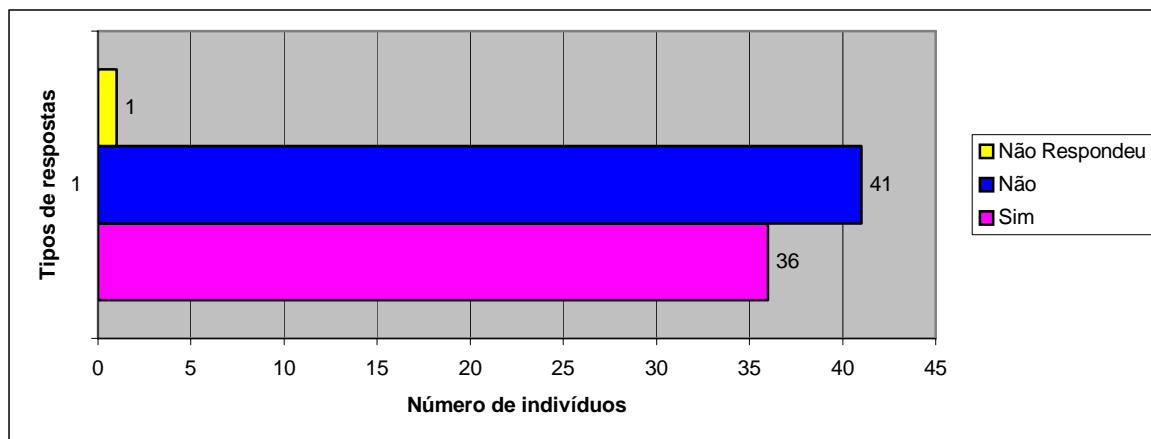


Gráfico - Experiência de Enfermeiros com Fadiga Relacionada ao Câncer fora do Ambiente de Trabalho, HCPA (2006)

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

Sobre os enfermeiros que referiram possuir experiência anterior e pessoal com o cuidado de pessoas com câncer apresentando sintomas de fadiga, ao serem questionados sobre a proximidade e grau de parentesco destes indivíduos, surgiram as seguintes categorias: familiares (n=29), amigos (n=6), a própria (n=1), outros (n=7) e não lembra (n=1). Pelo menos 22,2% (n=8) dos 46% responderam ter tido mais de uma experiência com fadiga relacionada ao câncer fora do ambiente de trabalho. A categoria “outros” contempla indivíduos próximos e sem laços de consangüinidade como sogra, ex-sogra e madrasta.

Com o intuito de verificar a significância entre o conhecimento dos enfermeiros sobre a fadiga do paciente com câncer e a relação com a sua experiência pessoal, apresenta-se a Tabela 12.

Tabela 12 – Número de Questões Acertadas (média \pm DP) no que se Refere aos Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não-farmacológico e Farmacológico em Relação à Experiência Pessoal anterior com Fadiga dos Enfermeiros. HCPA (2006)

Questões	Acertos		p *
	Experiência anterior (n= 36)	Sem experiência (n=42)	
Fatores relacionados à fadiga (Máximo 9 acertos)	6,8 \pm 2,3	6,4 \pm 2,3	0,412
Dimensões da fadiga (Máximo 6 acertos)	3,4 \pm 1,5	3,0 \pm 1,3	0,331
Tratamento farmacológico (Máximo 4 acertos)	1,7 \pm 1,0	1,9 \pm 1,0	0,438
Tratamento não farmacológico (Máximo 7 acertos)	4,3 \pm 1,9	4,9 \pm 1,7	0,171

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

* Teste t de student

De acordo com análise estatística (*teste t*), não se encontrou significância entre a experiência pessoal do enfermeiro com a fadiga do paciente com câncer e seus conhecimentos acerca da fadiga (Tabela 12).

Desse modo pode-se concluir que não há evidências de que a experiência pessoal dos enfermeiros com fadiga do paciente com câncer possa influenciar no conhecimento destes profissionais.

Estes dados servem como subsídios para novas pesquisas, uma vez que não foram significativos, a fim de explicar o porquê da importância de novos estudos. Pode-se entender a importância para a enfermagem em descobrir fatores ainda não desvelados.

5.5 Formação Profissional dos Enfermeiros e Características de seu Trabalho Relacionada ao Conhecimento da Fadiga

Outra questão de pesquisa do estudo era que o conhecimento do enfermeiro sobre a fadiga do paciente com câncer poderia estar associado à sua experiência e formação profissional. Para isso, análises estatísticas pertinentes fazem-se necessárias.

É relevante destacar que todos os sujeitos da amostra trabalham com pacientes com diagnóstico de câncer, sendo importante seu conhecimento sobre fadiga para um bom manejo destes pacientes.

Do total da amostra, 79% (n=62) referem não ter recebido nenhum tipo de informação sobre fadiga em pacientes com câncer. Os 21% (n=16) restantes dizem ter recebido algum tipo de informação em eventos, livros, palestras, artigos e livros, além de tê-las recebido em tratamento próprio, mencionando mais de uma categoria (Tabela 13).

Nota-se que a fonte principal de informação dos enfermeiros são livros e artigos, seguidos por eventos e palestras no Hospital de Clínicas. Um dos locais menos citados foi a Faculdade. Possivelmente tal fato se deva a que grande parte dos enfermeiros tenha feito sua formação há mais de 11 anos e os atributos da fadiga não serem mais os mesmos do início da década de 80, devido ao conhecimento ter evoluído enormemente (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005).

Tabela 13 - Modos pelos quais os Enfermeiros que Trabalham com Pacientes com Câncer Receberam Informações sobre Fadiga, HCPA (2006)

Local onde recebeu as informações	Freq. 1	Freq. 2	Total	%
Eventos	6	0	6	28,57
Livros e artigos	4	3	7	33,33
Palestra no HCPA	4	1	5	23,81
Faculdade	0	1	1	4,76
Hospital (tratamento próprio)	1	0	1	4,76
Não respondeu	1	0	1	4,76
Total	16	5	21	100,00

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

As informações sobre fadiga recebidas por meio de cursos, palestras e eventos, ou seja, provenientes da educação formal, contribuem para que os enfermeiros tenham em mente um conceito a ser empregado na assistência. O hospital de realização do estudo é caracterizado como hospital de ensino, desta forma oferece constantemente eventos científicos, cursos de aperfeiçoamento, incentiva o ensino e a pesquisa, além disso está inserido dentro do Campus da Saúde da Universidade, proporcionando contato com diversos profissionais da saúde e pesquisadores.

No estudo de Knowles et al. (2000) com enfermeiros do *Regional Cancer Center*, verificou-se durante o seu treinamento que 25% (n=21) responderam que tiveram alguma aula sobre fadiga. Desde o treinamento, 61% (n=52) tiveram aula sobre fadiga relacionada

a câncer; destes, 59% (n=31) tiveram de uma a quatro horas e geralmente parte do curso era em formato de leitura. De todos os que receberam alguma informação sobre fadiga, 77% (n=40) responderam que o nível de informação foi inadequado.

Note-se então que o estudo acima citado realizou-se em um país de primeiro mundo e que a informação sobre fadiga é mais comum nestes países, embora não necessariamente de todo satisfatória. Contudo, no estudo aqui apresentado, a maioria das entrevistadas nunca teve informação sobre a fadiga do paciente com câncer.

Para saber se o fato de ter recebido informação sobre fadiga em algum momento da formação interfere no conhecimento dos enfermeiros sobre a fadiga do paciente com câncer, realizou-se análise estatística (Tabela 14).

Tabela 14 – Número de Questões Acertadas (média \pm DP) no que se Refere aos Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não-farmacológico e Farmacológico em Relação ao Recebimento de Informação sobre Fadiga, HCPA (2006)

Conhecimento sobre fadiga	Acertos		p*
	Recebeu (n=16)	Não recebeu (n=62)	
Fatores relacionados à fadiga (Máximo 9 acertos)	6,56 \pm 2,7	6,61 \pm 2,2	0,938
Dimensões da fadiga (Máximo 6 acertos)	3,43 \pm 1,8	3,16 \pm 1,3	0,570
Tratamento farmacológico (Máximo 4 acertos)	2,00 \pm 1,1	1,77 \pm 1,0	0,437
Tratamento não farmacológico (Máximo 7 acertos)	4,50 \pm 1,7	4,67 \pm 1,9	0,732

Fonte: Pesquisa direta: Torres, Martiela Ribeiro. Coleta de dados através de entrevistas sobre a relação conhecimento sobre fadiga para enfermeiros que trabalham com pacientes com diagnóstico de câncer, HCPA. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

* Teste t de Student

Utilizando-se o teste *t*, não se encontrou significância estatística entre o fato de ter recebido informação sobre a fadiga do paciente com câncer e o conhecimento sobre a mesma.

Estes achados sugerem o questionamento de que mesmo as pessoas que afirmam ter recebido informações sobre o assunto não o demonstraram, o que nos reporta às facetas do conhecimento e do aprendizado.

No que se refere à relação entre a formação acadêmica, ou seja, graduação, especialização e mestrado, e o conhecimento dos enfermeiros sobre fadiga, apresentam-se os resultados na Tabela 15.

Tabela 15 – Número de Questões Acertadas (média \pm DP) no que se Refere aos Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não Farmacológico e Farmacológico em Relação à Formação Acadêmica dos Enfermeiros. HCPA (2006)

Conhecimento sobre fadiga	Acertos			p *
	Graduação (n= 27)	Especialização (n=45)	Mestrado (n=06)	
Fatores relacionados à fadiga (Máximo 9 acertos)	6,4 \pm 2,3	6,8 \pm 2,2	5,8 \pm 2,8	0,529
Dimensões da fadiga (Máximo 6 acertos)	3,1 \pm 1,2	3,1 \pm 1,5	4,2 \pm 1,6	0,239
Tratamento farmacológico (Máximo 4 acertos)	1,9 \pm 1,3	1,8 \pm 0,7	1,2 \pm 0,9	0,258
Tratamento não farmacológico (Máximo 7 acertos)	4,4 \pm 1,7	4,9 \pm 1,7	3,2 \pm 2,3	0,061

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

* Análise de variâncias, ANOVA

Na Tabela 15, foram comparadas as categorias de formação acadêmica e as questões de conhecimento sobre fadiga e não foi encontrada significância entre os grupos. Verifica-se apenas que os enfermeiros que possuíam curso de especialização tiveram alguns acertos a mais em comparação às outras duas categorias. Este fato pode ser decorrente do ensino abordado nos cursos de especialização.

A pesquisa científica passa a desempenhar papel fundamental na pós-graduação, também por tornar acessível aos estudantes os contínuos avanços do saber. Como "decodificadores" do conhecimento novo, os pesquisadores podem conhecer criticamente o detalhe para integrá-lo ao conhecimento já estabelecido na área ou em outras áreas do conhecimento a fim de atingir uma dimensão sistêmica. (TRINDADE e PRIGENZI, 2002)

Estando a fadiga, neste estudo, associada aos pacientes portadores de câncer, pode-se afirmar ser um assunto relacionado à Oncologia, porém a amostra não tem formação em Oncologia, apenas dois enfermeiros, conforme a caracterização da amostra.

Conclui-se da necessidade de maior formação em Enfermagem Oncológica, para melhor compreensão do fenômeno fadiga nos pacientes com câncer.

Na Tabela 16 apresenta-se a relação entre o tempo de formação dos enfermeiros e o conhecimento sobre a fadiga dos pacientes com câncer.

Tabela 16 – Número de Questões Acertadas (média \pm DP) no que se Refere aos Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não Farmacológico e Farmacológico em Relação ao Tempo de Formação dos Enfermeiros. HCPA (2006)

Conhecimento sobre fadiga	Acertos			p *
	1 a 10 anos (n= 32)	11 a 20 anos (n= 27)	> 20 anos (n=14)	
Fatores relacionados à fadiga (Máximo 9 acertos)	5,90 \pm 2,3	6,81 \pm 2,9	7,35 \pm 2,4	0,105
Dimensões da fadiga (Máximo 6 acertos)	3,34 \pm 1,3	3,00 \pm 1,5	3,35 \pm 1,7	0,625
Tratamento farmacológico (Máximo 4 acertos)	1,50 \pm 0,9	1,77 \pm 0,9	2,57 \pm 0,9 ^A	0,003
Tratamento não farmacológico (Máximo 7 acertos)	4,00 \pm 1,5	5,18 \pm 1,9 ^B	4,92 \pm 1,9	0,035

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

* Análise de variâncias, ANOVA.

^A Diferença estatisticamente significativa em relação aos de 1 a 10 anos e aos de 11 a 20 anos de formação. Teste de Sidak.

^B Diferença estatisticamente significativa em relação aos com 1 a 10 anos de formação. Teste de Sidak.

Na Tabela 16 verificou-se que os enfermeiros formados há mais de 20 anos acertaram mais sobre o tratamento não farmacológico em relação aos com menos tempo de formação. Da mesma forma foi verificado que os enfermeiros formados de 11 a 20 anos acertaram mais sobre tratamento farmacológico com relação aos com menos de 11 anos de formação.

Desta forma nota-se que, apesar de a fadiga ser um assunto de abordagem recente, os enfermeiros com mais tempo de formação acertaram mais em tratamentos não

farmacológicos. Este fato pode nos levar a concluir que a experiência no cuidado dos pacientes é de muita relevância na adequação do cuidado às necessidades do mesmo.

A fim de relacionar o conhecimento dos enfermeiros acerca da fadiga do paciente com câncer e o tipo de unidade hospitalar em que trabalha, apresenta-se a Tabela 17.

Tabela 17 – Número de Questões Acertadas (média \pm DP) no que se Refere aos Fatores Relacionados à Fadiga, Dimensões, Tratamento Não-farmacológico e Farmacológico em Relação à Unidade de Trabalho dos Enfermeiros. HCPA (2006)

Conhecimento sobre fadiga	Acertos			p *
	Clínica (n=28)	Cirúrgica (n=32)	Quimio/ Radio (n= 08)	
Fatores relacionados à fadiga (Máximo 9 acertos)	6,4 \pm 2,5	6,7 \pm 2,0	7,2 \pm 2,2	0,611
Dimensões da fadiga (Máximo 6 acertos)	2,9 \pm 1,4	3,5 \pm 1,3	3,6 \pm 1,6	0,147
Tratamento farmacológico (Máximo 4 acertos)	1,9 \pm 1,2	1,7 \pm 0,9	2,0 \pm 0,7	0,620
Tratamento não farmacológico (Máximo 7 acertos)	4,3 \pm 2,0	4,8 \pm 1,7	5,6 \pm 1,3	0,136

Fonte: Dados extraídos da própria pesquisa. Porto Alegre, janeiro – março, 2006.

* Análise de variâncias, ANOVA.

Quando se comparou através do teste estatístico, não se encontrou significância entre o tipo de unidade de trabalho e o conhecimento da fadiga do paciente com câncer (Tabela 17). Desta maneira, qualquer que seja o tipo de abordagem junto ao paciente, seja rapidamente para uma cirurgia ou acompanhamento da quimioterapia/radioterapia, os profissionais entrevistados não apresentaram diferença de conhecimento da fadiga do paciente com câncer. Os resultados apontam que o conhecimento está relacionado às pessoas e ao tempo de experiência e não restrito ao local de trabalho.

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.

Segundo Trindade e Prigenzi (2002), o processo de produção do conhecimento é, assim, complexo porque está profundamente relacionado com a experiência individual e seu meio ambiente cultural. Do ponto de vista epistemológico, por outro lado, o estudo da natureza e da validade do conhecimento, tema central, sempre foi objeto de preocupação, bem como definir graus de certeza e de probabilidade e diferenças entre conhecer com e sem certeza. Assim, estes pressupostos subsidiam os achados do presente estudo.

Neste sentido, os resultados do estudo aqui apresentado apontam que caberia um estudo com amostra de maior número, a fim de verificar associações entre formação acadêmica e local de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra ter alcançado seus objetivos que eram identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a fadiga do paciente com câncer, verificar a existência de relações entre o conhecimento dos enfermeiros sobre fadiga do paciente com câncer e suas experiências pessoais e determinar a associação do conhecimento do enfermeiro sobre a fadiga do paciente com câncer e sua experiência e formação profissional.

As questões de pesquisa do estudo eram as seguintes: os enfermeiros que prestam assistência ao paciente com câncer apresentam conhecimento em relação à fadiga deste paciente? O conhecimento do enfermeiro sobre a fadiga do paciente com câncer está relacionado com suas experiências pessoais? O conhecimento do enfermeiro sobre a fadiga do paciente com câncer está associado à sua experiência e formação profissional?

A fim de responder às questões de pesquisa, se pode concluir que os enfermeiros conhecem o fenômeno da fadiga através dos acertos das respostas sobre o conhecimento da fadiga, porém não se encontraram evidências de que o conhecimento do enfermeiro sobre a fadiga do paciente com câncer está relacionado às suas experiências pessoais. E também não se encontraram evidências de que o conhecimento do enfermeiro sobre a fadiga do paciente com câncer está associado à sua experiência e formação profissional.

Um dos maiores desafios na realização da pesquisa foi a análise de frequência das respostas de perguntas abertas devido à multiplicidade de respostas. O número da amostra foi considerado como uma limitação deste estudo, pois nas questões quantitativas representou um número pequeno. Salientamos a dificuldade que encontramos na falta de tempo dos enfermeiros para interromperem o trabalho e responderem à entrevista.

Destacam-se, no perfil da amostra estudada, mais de 70% acima de 30 anos, formados possivelmente em uma época em que pouco se falava em fadiga no Brasil e de maioria feminina. Mais de 50% têm algum tipo de pós-graduação, ou seja, são profissionais que procuram atualização que os auxilie em sua assistência ao paciente, mesmo dentro de uma área de interesse particular. Mais de 50% são formados há mais de 11 anos, confirmando que talvez não tenham recebido informações sobre fadiga em pacientes com câncer porque, há uma década (ou mais), este fator era pouco investigado. Mais de 80% dos enfermeiros trabalham em unidade clínica ou cirúrgica, portanto deveriam poder identificar a fadiga, sendo suas causas múltiplas e não apenas ligadas ao

câncer. Trabalham em diversos turnos e a maioria é assistencial, ou seja, trabalha diretamente no cuidado ao paciente, mais um motivo para receber informações sobre fadiga. Mais de 50% disseram não ter experiência pessoal anterior com fadiga

Foi perguntado aos informantes o conceito de fadiga e conclui-se que a fadiga não é conhecida em sua totalidade pelos entrevistados, embora possuam algum conhecimento sobre a mesma. É possível notar nas respostas dos informantes que o conceito utilizado centra-se nos sintomas, muitas vezes sem mencionar possíveis etiologias ou incidência. Neste ínterim, percebe-se que os enfermeiros misturam sintomas com o significado e a abrangência da doença. Assim, os enfermeiros estão aptos a descrever alguns sinais e sintomas de fadiga, porém não lhe reconhecem a importância.

Com relação aos fatores relacionados à fadiga, uma pequena parcela da amostra acertou todas as questões, o que talvez indique que alguns fatores relacionados podem não estar sendo observados e, conseqüentemente, não receberem o devido manejo. A insistência da utilização da palavra “cansaço” e seu emprego como sinônimo de fadiga, sem o acréscimo de maiores explicações acerca da diferença das duas palavras, explicita um conhecimento superficial do fenômeno da fadiga.

Os fatores relacionados mais acertados pela amostra foram efeitos colaterais de quimioterapia e radioterapia (92,3%), fatores emocionais (88,5%) e estresse (84,6%). Percebe-se que os entrevistados atribuem a ocorrência da fadiga na maioria das vezes ao tratamento (72 dos 78 entrevistados), o que se confirma na literatura, mas não é o único fator relacionado, nem o mais importante. Não se pode atribuir a fadiga somente ao tratamento e sim a um conjunto de fatores correlacionados com as dimensões da fadiga. Fatores emocionais e estresse foram bastante acertados, o que também nos remete a pensar que talvez os profissionais não reconheçam as dimensões da fadiga, atribuindo a ocorrência desta à dimensão emocional e ao tratamento da doença.

Os informantes, quando questionados sobre as dimensões da fadiga, em sua maioria não reconhecem pelo menos uma das dimensões, indicando possivelmente um manejo insuficiente, no entanto mais de 90% reconhecem duas ou mais dimensões, explicitando assim a natureza multicausal da fadiga. As dimensões mais acertadas foram a dimensão emocional (89,7%) e a dimensão psicológica (76,9%). Este fato demonstra que a fadiga está fortemente ligada aos fatores emocionais e psicológicos do paciente na percepção destes enfermeiros. Contudo, se forem somente estas dimensões a serem abordadas, talvez

sejam postos de lado outros aspectos importantes para o manejo da fadiga do paciente com câncer.

De acordo com as respostas sobre o manejo da fadiga, percebe-se que a maior parte das práticas tem enfoque comportamental e de conforto, no entanto faltam medidas compatíveis com os sintomas físicos e de depressão.

Assim, os enfermeiros têm um papel importante no manejo da fadiga dos pacientes com câncer, pois podem atuar no tratamento farmacológico e não farmacológico oferecendo atenção integral ao paciente, ouvindo seus anseios, dúvidas, motivações, desmotivações, atividades diárias, atividades de sono, repouso e lazer. A partir destas observações, é possível identificar a fadiga do paciente, bem como sua intensidade e procurar o manejo adequado a cada um.

No estudo aqui apresentado nota-se que os enfermeiros entrevistados apresentam desconhecimento em relação à terapêutica farmacológica para a fadiga. Os antidepressivos foram a terapêutica mais acertada, do que se pode concluir que a fadiga é associada à depressão. Este fato arrisca pôr de lado outros aspectos e dimensões da fadiga e resultar em um manejo não adequado ou insuficiente.

Deste modo, percebe-se que os enfermeiros da amostra reconhecem pouco os tratamentos não farmacológicos para a fadiga do paciente com câncer. Isso demonstra que eles valorizam pouco todas as possibilidades de manejar a fadiga e que poderiam intervir muito mais para a melhora da vida destes pacientes. Também demonstra que as intervenções não farmacológicas são notáveis em sua eficiência, segurança e, em geral, de baixo custo. No entanto não são amplamente reconhecidas pela sua eficácia, nem incluídas em protocolos.

Com relação à importância da participação da equipe multidisciplinar, nota-se que 91% dos enfermeiros consideram importante não segmentar o cuidado, enfatizando que o trabalho em equipe ajuda a melhorar o tratamento e a integralidade do cuidado.

Não foi constatada significância entre a experiência pessoal do enfermeiro com fadiga do paciente com câncer e seus conhecimentos acerca da fadiga.

Sobre o número de acertos no que se refere aos fatores relacionados à fadiga, dimensões, tratamento farmacológico e não farmacológico e relação com o recebimento de informações sobre fadiga, não se encontrou significância estatística.

Também não foi encontrada significância estatística na relação entre a formação acadêmica dos enfermeiros e o número de acertos. Os enfermeiros formados há mais de 20

anos acertaram mais questões em relação àqueles com menos de 11 anos de formação, dependendo-se deste fato que a experiência no cuidado é relevante para adequar o cuidado às necessidades do paciente.

Em relação ao tipo de unidade de trabalho e o conhecimento da fadiga do paciente com câncer, não houve significância estatística; porém, no que se refere aos turnos, os enfermeiros que trabalham no turno da manhã acertaram mais questões sobre os fatores relacionados à fadiga. Estes acertos apresentam uma pequena diferença e não parecem legar relevância à magnitude do fenômeno da fadiga.

A autora aponta para a necessidade de curso de capacitação na área, visto que sinais e sintomas, dimensões, manejo e tipos de tratamentos não são conhecidos em sua totalidade pelos profissionais.

Para melhor se avaliar a fadiga em pacientes com câncer e sua intensidade, faz-se necessário validar na língua portuguesa um instrumento de avaliação de fadiga, especificamente para pacientes com câncer, pois a avaliação objetiva possibilitaria um manejo eficaz.

Concluindo, novos estudos no sentido de esclarecer e delimitar a fadiga são fundamentais, tendo em vista a necessidade de melhorar o cuidado prestado pelos profissionais e o bem-estar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, L. S. et al. Defining and measuring fatigue. **Journal Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 1, n. 31, p. 45-50, 1999.
- ASHBURGY, F. D. et al. A canadian servery of cancer patients experience: are their needs being met? **Journal of Pain**, Nova York, v. 16, n. 5, p.342 -357, Nov. 1998.
- BAQUIRAN, D. C.; GALLAGHER, J. **Cancer chemotherapy handbook**. Philadelphia: Lippincott, 1998.
- BARNES, E. A; BRUERA, E. Fatigue in patients with advanced cancer: a review. **International Journal of Gynecology Cancer**, Houston, v. 12, is. 5, p. 424-428, 2002.
- 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.
- BOTTOMLEY, Y. Depression in cancer patients: a literature review. **European Journal of Cancer Care**, London, v. 7, n. 3, p. 181-191, 1998.
- 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.
- CARROLL-JOHNSON. E. et al. (Org.). **Psychosocial nursing care**. Pittsburg: Oncology Nursing, 1998.
- COELHO, F. M. R.; SAWADA, N. A Fadiga nos pacientes com câncer de laringe. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 103-107, dez. 1999.

CONHECIMENTO. In: JAPIARASSÚ, H. MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. p.53

COURNEYA, K. S. Exercise and cancer survivor: an overview of research. **Medicine Science Sports Exercises**, Nova York, v. 3, p. 1846-1852, 2003.

DAVID, A. et al. Tired, neak or in nead of Rest: fatigue among generals practice attenders. **British Medicine Journal**, London, v. 3, n. 2, p. 187-195 ,1990.

DILLON, E.; KELLY, J. The status of cancer fatigue on the Island of Ireland: aifc professional and interim patiens surves. **The Oncologist**, New Jersey, v. 8, p. 22-26 , 2003.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2001.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 105-116.

GONÇALVES, et al. **Fadiga, depressão e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama submetidos à radioterapia**. 2003. Disponível em: <<http://www.saudebrasilnet.com.br/premios/oncologia/premio2/trabalhos/saude008.pdf#search=%22fadiga%20cancer%22>>. Acesso em: 20 ago. 2006.

GORINI, M. I. P. C. **Vivências de adultos com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial: implicações educacionais**. 2001. 176f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

HAYES, J. R. Depression and chronic fatigue in cancer patients. **Primary Care**, Philadelphia, v. 18, p. 327-339, 1991.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed: 2003.

IGNOFFO, R. et. al. **Cancer chemotherapy pocket guide**. Philadelphia: Lippincott, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2006**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

KNOWLES, G. et al. Survey of nurses' assesment of cancer-related fadigue. **European Journal of Cancer Care**, Edinburgh, n. 9, p. 105-113, 2000.

KRISHNASAMY, M. Fatigue. In: CORNER, J.; BAILEY, C. **Cancer nursing: care in context**. London: Blackwell Science, 2001.

LIEURY, Alain **A memória**: do cérebro à escola. São Paulo: Ática, 1997. 111p.

LITTLEWOOD, T. J. et al. Effects of epoetin alfa oh hematologic parameters and qualite of life in cancer pacientes receiving chemotherapy. **Journal of Clinical Oncology**, Hagerstown, v. 19, n. 11, p. 2865-2874, June, 2001.

LOPES, M. J. M. O Sexo do hospital. In: LOPES, M.J.M; MEYER, D. E; WALDOW, V. R.(Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 76-105.

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

MATUI, J. **Construtivismo**: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino. São Paulo: Moderna, 1995.

MEMÓRIA. In: JAPIARASSÚ, H. MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.p.183.

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.

MOCK, V. et al. **Cancer-related fatigue clinical practice guidelines in oncology**. Los Angeles: National Comprehensive Cancer Network, 2005. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.asp&sa=X&oi=translate&resnu>. Acesso em: 25 maio 2005.

MOTA, D. D. C. F. **Instrumentos de auto-relato para avaliação de 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. 111-117, 2003.

MOTTA, V. T.; WAGNER, M. B. **Bioestatística**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

NATIONAL CANCER INSTITUTE . **Closing in on cancer**. Washington: [s.n.], 1998.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **NCCN Practice guidelines for cancer-related fatigue**. NCCN version 2000. Los Angeles, 2000. Disponível em: <<http://www.nccn.org>>. Acesso em: 29 ago. 2006.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificações. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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.htm>>. Acesso em: 2 abr. 2005.

OTTO, S. **Oncologia**. São Paulo: Reichman & Autores, 2002.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PIPER B. F. **Measuring fatigue**. Boston: Jones and Bartlett, 1997.

PORTENOY, R. K.; ITRI, L. M. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. **The Oncologist**, New Jersey, v. 4, n. 1, p. 1-10, 1999.

REAM, E.; RICHARDSON, A. Fatigue: a concept analysis. **Internacional Journal Nursing Studies**, New York, v. 33, n. 5, p. 519-529, 1996.

SCHENEIDER, 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: 10 ago. 2006.

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

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

STOBÄUS, C. D.; MOSQUERA, J. J. M. Humanismo e criatividade em saúde. **Revista da Educação**, Palmas, ano 14, n. 21, p 17-40, 1991.

TRALONGO, P.; RESPINI, D.; FERRAÚ, F. Fatigue and aging. **Oncology Hematology**, Avola, v. 4, p. 57-64, 2003.

TRENDALL, J. Concept analysis: chronic fatigue. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 35, n. 5, p. 1126-1131, 2000.

TRINDADE, J. C. S.; PRIGENZI, L. S. Instituições universitárias e produção do conhecimento. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 16, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Nov 2006.

VISOVSKY, C.; WORKMAN, M. L. Cancer care. In: NEVIDJON, B. M.; SOWERS, K. **A nurse's guide to cancer care**. Philadelphia: Lippincott, 2000.

VISSER, M. R. M.; SMETH, E. M. A. fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 6, p. 101-108, 1998.

WRATTEN, C. et al. Fatigue during breast radiotherapy and its relationship to biological factors. **Internacional Journal Radiation Oncology, Biology, Physics**, Fairfax, v. 59, n. 1, p. 160-167, 2004

WINNINGHAM, M. L.; BARTON-BURQUE, M. **Fatigue in cancer: a multidimensional approach**. Boston: Jones and Bartlett, 2000.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Iniciais do entrevistado:

2. Idade:

3. Sexo:

masculino

feminino

4. Crença religiosa:

5. Etnia:

6. Formação profissional:

Graduação

Pós-Graduação Em que área?

Mestrado Em que área?

Doutorado Em que área?

7. Tempo de formação (em anos):

8. Tempo de exercício profissional (em anos):

9. Unidade onde trabalha:

Internação clínica

Unidade de Radioterapia

Internação cirúrgica

Unidade de Quimioterapia Ambulatorial

10. Turno de trabalho:

manhã tarde noite rodízio 6º turno

11. Cargo que exerce atualmente:

enfermeiro assistencial chefe de unidade

12. Você já teve alguma experiência pessoal com fadiga do paciente com câncer?

Não

Sim. Com quem?.....

13. Quando se fala em fadiga do paciente com câncer, quais são as três primeiras palavras que lhe vêm à

cabeça?.....

14. Quando se fala em fadiga do paciente com câncer, quais são os sentimentos que lhe vêm à cabeça?.....

15. Você já recebeu informação sobre fadiga do paciente com câncer:

não

sim. Onde?.....

16. Conceitue a fadiga do paciente com câncer:

.....
.....
.....

17. Na sua concepção, quais são sinais e os sintomas de fadiga?

.....
.....

18. Fadiga pode estar relacionada (múltipla escolha):

efeitos colaterais de quimioterapia e radioterapia

doenças crônicas

anemia

déficits nutricionais

efeitos colaterais ou adversos de medicamentos

alterações metabólicas

- modificações bioquímicas
- estresse
- fatores emocionais

19. Dos itens apresentados a seguir, quais você considera ser dimensão de fadiga?

- temporal
- sensorial
- cognitiva/mental
- emocional
- conduta
- psicológica

20. Você procura encontrar práticas para manejar a fadiga dos pacientes com câncer?

- sim
- não
- às vezes

Como?.....

20. Quando você identifica fadiga, você adota alguma prática? Qual ou quais?

.....
.....

21. Os tipos de tratamento para a fadiga podem ser classificados em:

- farmacológicos
- não farmacológicos
- outros. Especificar:

22. Quais são tratamentos farmacológicos para a fadiga?

- transfusão sanguínea
- medicamentos antidepressivos
- administração de eritropoetina alfa
- corticoesteróides

23. Quais são tratamentos não farmacológicos para a fadiga?

- Manter boa ingestão hídrica

- Estimular hábitos alimentares saudáveis
- Realização de exercícios moderados
- Avaliar atividades diárias do paciente
- Avaliar a atividade de sono e repouso
- Estratégias de conservação de energia
- Encorajar a busca de relaxamento e lazer

24. Você considera aconselhável abordar a ocorrência de fadiga com o paciente com câncer?

- sim não às vezes

Por quê?

25. A equipe multidisciplinar é importante para a identificação e tratamento da fadiga?

- sim não às vezes Por quê?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **Fadiga do Paciente com Câncer: conhecimentos dos enfermeiros.**

Através deste, o convidamos a participar deste estudo que tem como objetivos: identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a fadiga do paciente com câncer, verificar a existência de relações entre o conhecimento do enfermeiro sobre fadiga do paciente com câncer e suas experiências pessoais e sua experiência e sua formação profissional.

Esta pesquisa está sendo realizada por uma mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo será realizado para a defesa de dissertação da aluna.

Desde já, eu, Martiela Ribeiro Torres (fone: 51 99044130), mestranda pesquisadora do estudo, e a professora Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, (fone: 51 21018218), responsável e orientadora da pesquisa, colocamo-nos a sua disposição para qualquer esclarecimento que se fizerem necessários.

Este estudo não visa a nenhum tipo de avaliação profissional. O material coletado será guardado e destruído após cinco anos da publicação dos resultados.

Foi-me explicado o caráter voluntário em participar da pesquisa e meu direito de me retirar do estudo a qualquer momento sem prejuízo, assim como o anonimato dos meus dados de identificação e respostas, os objetivos.

Eu _____ declaro que fui orientado e esclarecido quanto aos objetivos deste estudo e concordo em participar da pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Martiela Ribeiro Torres
Mestranda

Dr^a Maria Isabel P. C. Gorini
Professora orientadora

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA**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 (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 05-328**Versão do Projeto:** 24/08/2005**Versão do TCLE:** 26/08/2005**Pesquisadores:**

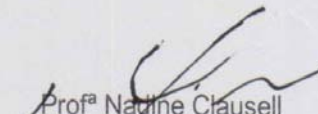
MARIA ISABEL PINTO COELHO GORINI

MARTIELA RIBEIRO TORRES

Título: FADIGA DO PACIENTE COM CÂNCER: CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 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, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 26 de agosto de 2005.


Profª Nairine Clausell

Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA