

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LÍVIA LIRIO CAMPO

**CONCEPÇÕES RELATADAS PELOS PACIENTES EM
TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOÉTIAS
SOBRE A FADIGA**

Porto Alegre

2009

LÍVIA LIRIO CAMPO

**CONCEPÇÕES RELATADAS PELOS PACIENTES EM
TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOÉTIAS
SOBRE A FADIGA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
realizado na Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, para obtenção do título
de Enfermeiro.

Orientador: Prof.^a Dra. Maria Isabel
Pinto Coelho Gorini.

Porto Alegre

2009

Dedico esta conquista a meus pais,
Sônia e Eduardo,
cujo empenho em iluminar meus
caminhos continua excedendo minhas
expectativas.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a minha família por todo apoio e dedicação ao longo desta trajetória, pelo carinho, pelo amor, por sempre incentivarem o estudo e por contribuírem com o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a minha orientadora professora Dr. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, por sua dedicação, empenho e toda sua contribuição para o desenvolvimento deste trabalho, além de me fazer acreditar em meu potencial, apoiar e incentivar minhas idéias, por contribuir em minha formação profissional.

Agradeço às enfermeiras Raquel Pereira, Quênia Martins e Liselena Carvalho por seu empenho e dedicação durante o período no qual realizei meu estágio curricular, pelo incentivo, por acreditarem em meu potencial, por promoverem a necessidade da assistência de enfermagem de qualidade que fornecem aos pacientes.

“A mente que se abre a uma nova idéia
jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

RESUMO

O câncer é uma doença conhecida desde a antiguidade. Atualmente, os estudos nessa área têm crescido visto a necessidade de maior compreensão e conhecimento sobre o assunto. A fadiga é uma sensação comumente vivenciada pela maioria dos seres humanos e principalmente por aqueles indivíduos portadores de alguma doença onco-hematológica. Almeja-se, com o presente estudo conhecer as concepções relatadas pelos pacientes submetidos ao transplante de células tronco- hematopoiéticas (TCTH) sobre a fadiga, assim como, identificar quais sintomas são comuns entre os pacientes submetidos a este tratamento. Este estudo utilizou como método a abordagem qualitativa proposta por Gil (1999), com participação de cinco clientes que foram submetidos ao Transplante de células tronco-hematopoéticas. Utilizou-se a técnica de entrevista para a obtenção dos dados. O discurso dos sujeitos revelou suas concepções em relação à fadiga, assim como, os sintomas mais comuns a esse tratamento, corroborando com o que é preconizado pela literatura existente sobre o assunto. Através do conhecimento das falas dos sujeitos, espera-se contribuir com dados que possam fornecer subsídios para a assistência oncológica de qualidade, colaborando para possíveis mudanças na prática de cuidar da enfermagem junto a esses pacientes.

Descritores: fadiga, transplante de células tronco-hematopoéticas, enfermagem oncológica.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	23
QUADRO 2 – CATEGORIA I: CONHECIMENTO SOBRE FADIGA.....	24
QUADRO 3 – CATEGORIA II: SENSAÇÕES FÍSICAS.....	26
QUADRO 4 – CATEGORIA III: SENSAÇÕES AFETIVAS	30
QUADRO 5 – CATEGORIA IV: EFEITOS COGNITIVOS.....	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS	12
3.2 FADIGA.....	15
4 METODOLOGIA	18
4.1 TIPO DE ESTUDO	18
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	18
4.3 AMOSTRA	18
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	19
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	19
4.4 COLETA DE DADOS.....	19
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	21
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	22
5 RESULTADOS.....	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	23
5.2 CONCEPÇÕES DO PACIENTE SOBRE FADIGA	24
5.2.1 Categoria I - Conhecimento sobre fadiga	24
5.2.2 Categoria II - Sensações físicas.....	26
5.2.3 Categoria III – Sensações afetivas.....	30
5.2.4 Categoria IV – Efeitos cognitivos.....	32
6 DISCUSSÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE A	41
APÊNDICE B	43

1 INTRODUÇÃO

A principal motivação para a realização deste trabalho surgiu através da experiência, da vivência como acadêmica de enfermagem com pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) e da necessidade destes pacientes a cuidados intensivos para minimizar os efeitos adversos deste tratamento.

O TCTH é um procedimento terapêutico, indicado para as neoplasias hematológicas, como leucemia mielóide aguda (LMA), leucemia linfocítica aguda (LLA), leucemia mielóide crônica (LMC), linfoma não-hodgkin, mieloma múltiplo, aplasia de medula (anemia aplástica) e talassemias (POLLOCK, *et al*, 2006). Segundo as Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil para 2008, publicadas pelo Instituto Nacional do Câncer, as leucemias atingirão 5.330 homens e 4.220 mulheres (BRASIL, 2008).

O câncer, após as doenças cardiovasculares, é atualmente a segunda causa de morte no mundo ocidental, especialmente nos países desenvolvidos. Os pesados investimentos em pesquisas e o volume de trabalhos publicados na área de oncologia confirmam, nos últimos anos, a importância atribuída à doença (RECCO, PINTO; 2005).

A fadiga é um sintoma bastante recorrente nos pacientes oncológicos, podendo ser um dos efeitos da própria patologia, assim como, do tratamento radioterápico e quimioterápico. Em alguns momentos é difícil identificá-la, pois pode ser confundida com depressão.

Alguns autores como Bonassa (2005), relatam a fadiga como um fator mais estressante para os pacientes do que a dor ou as náuseas e os vômitos, mostra também a importância do manejo adequado, pois a fadiga pode forçar o paciente a decidir entre viver bem ou tratar o câncer.

Durante o período no qual estive em contato com esses pacientes pude verificar a importância da atuação do enfermeiro neste processo. É muito gratificante para um profissional perceber que o trabalho que está desenvolvendo é relevante. Assim, percebi que deveria buscar conhecimentos que pudessem me fornecer os subsídios necessários para aprimorar meu trabalho com esses pacientes.

O preparo do paciente, para que este possa ser submetido ao TCTH, envolve um condicionamento muito severo, que consiste em altas doses de quimioterapia, muitas vezes associado à radioterapia. O enfermeiro participa de forma ativa em todo o processo pré e pós-transplante, utilizando uma forma de organização do trabalho descrita por Riul e Aguillar (1996) como *Primary Nursing*, cujo principal pressuposto é a atenção individualizada e integral aos pacientes.

Ao utilizar essa forma de trabalho, pude me aproximar dos pacientes, podendo estabelecer vínculos, bem como uma relação de confiança. Então, percebi a importância do meu trabalho junto a eles e senti a necessidade de buscar um maior aprofundamento sobre suas percepções em relação aos vários sintomas recorrentes do tratamento, resolvi, portanto, abordar o tema da fadiga, a qual acomete a maioria dos pacientes.

O cuidado de enfermagem tem papel fundamental neste processo, como podemos perceber nas falas de Fontes e Alvim (2008), que relatam a importância do cuidado de enfermagem nesta perspectiva, dando ênfase a um processo interativo, de participação e diálogo entre a enfermeira, cliente e família, tendo em conta que nas atitudes de cuidado é que encontramos a essência da expressão humana, pois somente o ser humano é capaz de sentir com emoção, imprimir emoção nos atos e expressar emoção nas atitudes, entendendo-as como tomada de posição que resulta da inter-relação que se estabelece entre o conhecimento e o afeto. É aí que está a verdadeira dimensão humana do cuidado.

Visto que a maioria dos pacientes durante o período pós- TCTH passam por este quadro, questiono-me se realmente a fadiga é o sintoma mais estressante para os pacientes Qual a concepção do paciente pós-transplante de células tronco-hematopoéticas frente aos sintomas de fadiga?

Espero que ao final de minha pesquisa consiga encontrar as respostas para todas as minhas inquietações e que eu consiga ter um olhar mais atento, para perceber com maior facilidade quando o paciente está fatigado e quais ações devem ser desenvolvidas para sua recuperação.

Acredito que esta pesquisa poderá favorecer o entendimento que se tem sobre a fadiga em pacientes oncológicos, mais especificamente nos que realizam transplante de células tronco hematopoéticas, através da visão dos pacientes, fornecendo subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem.

2 OBJETIVO

Tendo em vista que a fadiga é um sintoma recorrente nos pacientes com câncer submetidos ao TCTH, os objetivos para esse projeto são:

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as concepções relatadas pelos pacientes submetidos ao transplante de células tronco- hematopoiéticas (TCTH) sobre a fadiga.

2.2 Objetivo Específico

Identificar quais sintomas são comuns entre os pacientes submetidos ao transplante de células tronco- hematopoiéticas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, serão apresentadas, para fundamentação do estudo, as seguintes questões: o conceito, o tratamento, o procedimento e as complicações do TCTH, assim como o conceito de fadiga e seu tratamento.

3.1 Transplante de células Tronco-Hematopoiéticas

A medula óssea pode ser definida como um tecido esponjoso, localizado no interior dos ossos longos, capaz de produzir células progenitoras ou *stem cell*, que possuem a capacidade de proliferação e diferenciação em eritrócitos, leucócitos e plaquetas (BONASSA, 2005).

Pode-se descrever o TCTH como um procedimento terapêutico, utilizado para o tratamento de doenças onco-hematológicas que consiste na infusão, por via endovenosa, de células tronco-hematopoiéticas (células progenitoras) do próprio receptor ou de um doador, sendo que, o receptor deve estar adequadamente condicionado, com a finalidade de reconstruir a medula óssea (RIUL; AGUILLAR, 1996).

O primeiro transplante, realizado no ano de 1891 por Brown-Sequard, consistiu no fornecimento via oral de um extrato de células progenitoras a pacientes portadores de anemia perniciosa e linfadenoma. No ano de 1937, as células progenitoras foram administradas por via intramuscular, tratamento proposto por Schretzenmayr (BONASSA, 2005).

No ano de 1939, encontrou-se o primeiro registro da infusão via endovenosa das células progenitoras. A receptora foi uma mulher com o diagnóstico de anemia aplástica e o doador foi seu irmão (BONASSA, 2005).

As pesquisas evoluíram a partir de 1960 na área da histocompatibilidade humana, conseguindo-se relacionar os fatores genéticos como essenciais para o sucesso do tratamento. A partir desses estudos, passou-se a realizar transplantes apenas entre irmãos que fossem HLA compatíveis (antígeno leucocitário humano), ampliando, então, de forma significativa a qualidade e perspectiva de vida dos pacientes (BONASSA, 2005).

A autora citada anteriormente relata que entre os anos de 1969 e 1975, realizou-se o transplante em pacientes leucêmicos agudos e com anemia aplástica

severa, ampliando-se a sobrevida de seis meses, de 20% para 70%. Entre os anos de 1984 e 1986, foi realizado, com sucesso, o primeiro transplante de células-tronco periféricas. Os avanços nas áreas de infectologia e hemoterapia contribuíram para esse sucesso.

A partir do ano 2000, ocorreu um aumento significativo no TCTH entre doadores não relacionados, utilizando-se sangue de cordão umbilical e da placenta. Ocorreu também a estruturação dos Bancos de Cordão Umbilical e o aumento da interligação entre os Bancos existentes. Cresceram, também, as pesquisas para o emprego de células totipotentes como fonte para recomposição de tecidos humanos, houve o advento dos minitransplantes, assim como, o uso crescente dos agentes biológicos e da terapia genética associados aos transplantes (BONASSA, 2005).

O transplante pode ser classificado em três tipos: alogênico, autólogo e singênico. O transplante alogênico ocorre com células transplantadas provenientes de um doador aparentado ou não aparentado, devendo ser um doador vivo que possua compatibilidade sanguínea e HLA. No transplante autólogo, o doador é o próprio receptor. As células progenitoras são retiradas de sua medula. O transplante singênico é o realizado entre irmãos gêmeos idênticos (ORTEGA *et al*; 2004).

Atualmente tem sido realizado o transplante de células tronco do sangue periférico devido à recuperação mais rápida do número de neutrófilos e de plaquetas após o transplante. O sangue periférico possui um número pequeno de células tronco CD-34, mas esse número aumenta com a administração de fatores de crescimento de colônias de granulócitos (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O transplante de sangue de cordão somente pode ser realizado em pacientes que tenham menos de 60 kg. Isso se deve a quantidade de células disponíveis nessas doações. A maior dificuldade encontrada é o tempo que decorre do transplante até a recuperação celular, que é considerado longo. Apesar disso, aumentou a doação de sangue de cordão umbilical significativamente (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

A realização de TCTH, utilizando sangue de cordão umbilical tem sido mais freqüente nos últimos anos. A taxa de pega do enxerto é boa e a incidência de DECH é mais baixa quando se compara com a medula óssea (ORTEGA *et al*; 2004).

De acordo com Mohallem e Rodrigues (2007), o transplante segue três etapas principais: a mobilização e coleta da medula óssea; condicionamento com quimioterapia; com ou sem radioterapia; pega e recuperação medular.

Na coleta, são extraídas aproximadamente 500 – 1000 ml ($2 - 3 \times 10^8$ células nucleadas/kg de peso corporal do receptor) de células tronco-hematopoéticas seguida da reinfusão endovenosa no receptor. As células são coletadas, pelo aspirado das cristas ilíacas posteriores, sob anestesia geral. Após, são colocadas num recipiente contendo meio de cultura de tecido e heparina. Sua filtragem é feita através de uma malha de aço inoxidável. Pode ser congelada, mas normalmente sua infusão é realizada logo após a coleta (POLLOCK, 2006).

Mohallem e Rodrigues (2007) descrevem o regime de condicionamento como altas doses de quimioterapia associado ou não à radioterapia, administrada previamente à infusão das células progenitoras. Os objetivos são a erradicação da medula doente e do sistema imune do receptor para que as células do doador sejam aceitas e proporcionem “espaço” para a nova medula.

A “pega” medular, de acordo com Mohallem e Rodrigues (2007), ocorre quando a contagem plaquetária é mantida acima de $20.000/\text{mm}^3$ por três dias seguidos, sem a necessidade de transfusão, e os granulócitos estão acima de $500/\text{mm}^3$, também por três dias consecutivos.

O TCTH é utilizado com tratamento de uma série de doenças malignas e não-malignas. Ainda possui uma alta taxa de morbidade, o que limita sua realização em pacientes idosos ou com grave comprometimento do estado geral. A faixa etária ideal deve ser entre 2 e 55 anos de idade. Os pacientes devem estar em boa forma física e não apresentar comorbidades ou outras doenças, pois isso poderá comprometer todo o tratamento (ORTEGA *et al*, 2004).

Mohallem e Rodrigues (2007) relatam as diversas complicações decorrentes desse tratamento, estas podem ter início desde a coleta da medula e sua infusão até o período tardio. As principais complicações do TCTH podem ser divididas didaticamente em: agudas, associadas à infusão das células-tronco ou medula óssea, doença do enxerto contra o hospedeiro, doença venoclusiva, sangramentos e infusões.

De acordo com os autores citados anteriormente, a equipe de enfermagem possui papel fundamental na identificação precoce e manejo desses pacientes

nessa fase do tratamento, o que requer profissionais altamente especializados e experientes, treinados e com fundamentação científica, sempre atualizada e dinâmica para proporcionar uma assistência de enfermagem pautada em evidências, holística e individualizada utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

3.2 Fadiga

Um dos sintomas mais comuns em pacientes oncológicos é a fadiga, o que torna relevante a necessidade de relatar a vivência desses pacientes. Segundo Bonassa (2005), a fadiga em pacientes oncológicos pode ser definida como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço relacionado à vivência ou ao seu tratamento que irá interferir nas atividades usuais, esta, além disso, não se resolve com o sono e o descanso, é de magnitude e persistência superior.

Muitos autores relatam que este sintoma tem um aspecto multidimensional, Bonassa (2005) concorda com este discurso e considera que a fadiga afeta o paciente oncológico de forma devastadora na esfera física, psicológica, social, profissional, financeira e espiritual. Utiliza a Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), pois a fadiga relacionada ao câncer é aceita como diagnóstico nos seguintes termos: 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 sintomas ou queixas.

Os sintomas ou queixas estabelecidos pelo CID-10 para caracterizar a fadiga são: 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, presença de sintomas que causam dificuldade no cumprimento das funções, sintomas que são consequência do câncer ou do seu tratamento, sintomas que não são consequentes à depressão, distúrbios de somatização ou delírio (BONASSA, 2005, p.203).

Furlanetto *et al* (2006) evidenciou, em um estudo para verificar a prevalência dos sintomas depressivos em pacientes com doenças hematológicas, a correlação entre a gravidade dos sintomas somáticos (fadiga, alterações no apetite, peso,

psicomotricidade e sono) e a gravidade da depressão. O estudo demonstrou a melhora desses sintomas com o tratamento antidepressivo, tanto nos pacientes que tinham doenças físicas concomitantes como naqueles que não as possuíam.

Nesse mesmo sentido, uma pesquisa revelou que pacientes com linfoma de Hodgkin que estavam deprimidos apresentavam escores significativamente mais altos em um questionário de fadiga do que os não-deprimidos, independentemente de gravidade física (Loge *et al*, 2000).

Em alguns momentos, a fadiga confunde-se com a depressão, pois os sinais e sintomas são similares e muitas vezes estão correlacionadas, o que pode dificultar a correta identificação pelos profissionais da saúde.

Podemos descrever a fadiga a partir de três características básicas: sensações físicas (fraqueza, diminuição do desempenho físico), sensações afetivas (tristeza, falta de motivação) e efeitos cognitivos (dificuldade de concentração, diminuição da habilidade de resolver problemas (BONASSA, 2005).

A eficácia do tratamento está relacionada a diversos cuidados, a melhora do padrão de fadiga deve ser vista como um fator importante para a recuperação do paciente, segundo Bonassa (2005), este é o sintoma de maior prevalência reportado pelos pacientes e fonte de elevado estresse. Ela exerce efeitos profundos nos *status* funcional e qualidade de vida daqueles que a vivenciam. O manejo adequado inicia com a presença de uma equipe multiprofissional de suporte bem informada, que tenha condições de avaliar sistematicamente a fadiga no início e no decorrer do tratamento, providenciando a intervenção adequada.

A autora citada anteriormente relata a importância de estudos sobre a fadiga, pois existem várias lacunas sobre seu conhecimento e manejo, apesar de existirem diretrizes práticas baseadas em evidências que norteiam o tratamento clínico desses pacientes. Felizmente, os profissionais da saúde envolvidos no tratamento desses pacientes estão cada vez mais conscientes desse sintoma e de sua repercussão do status funcional e qualidade de vida do paciente.

Existe ainda falta de conhecimento sobre a fadiga pelos profissionais da saúde e, como relatada por Gonzalez e Gorini (2008) na última década, o sintoma fadiga teve sua associação direta com o câncer e seus tratamentos, e tornou-se objeto de estudo nesta área. Através de estudos feitos pelas pesquisadoras, estas, perceberam a necessidade de aprimorar o conhecimento sobre a fadiga, visto ser um assunto ainda pouco conhecido pelos profissionais da área da saúde, e

evidenciaram a necessidade de disponibilizar o saber e dar continuidade a novas investigações a fim de esclarecer melhor os resultados das intervenções e conduzir a amenização deste sintoma tão debilitante.

Um estudo realizado por Machado e Sawada (2008) para avaliar a qualidade de vida em pacientes oncológicos, evidenciou uma diminuição nas funções físicas, emocionais, cognitivas e sociais e aumento nos sintomas fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite, diarreia. Conhecer essas implicações auxilia os enfermeiros no planejamento de uma assistência que visa à diminuição desses sintomas bem como estratégias que melhorem as funções desses pacientes.

4 METODOLOGIA

A seguir serão descritos o tipo de estudo desenvolvido, o local do estudo, a mostra da pesquisa, os meios utilizados para a coleta e análise dos dados, assim como as considerações éticas deste projeto.

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo tem as características de um estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo.

De acordo com Gil (1999, p.43), as pesquisas exploratórias têm como sua principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Este tipo de pesquisa apresenta uma menor rigidez em seu planejamento, pois é desenvolvida com o objetivo de buscar uma visão geral do objeto de estudo. Quando o tema escolhido é pouco explorado tornando difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis, este tipo de pesquisa deve ser utilizado.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na unidade de ambiente protegido/ 5º Sul, unidade na qual se realizam os Transplantes de Células Tronco Hematopoéticas.

4.3 Amostra

A população alvo foi composta por pacientes (sujeitos) submetidos ao TCTH, que atenderam os critérios de inclusão, compreendendo uma amostra composta por 05 pacientes, entrevistados no período de 01 outubro a 15 de novembro de 2009. O número máximo de sujeitos depende da repetição do conteúdo dos dados coletados que, de acordo com Polit e Hungler (1995), esta saturação dos dados refere-se à sensação de fechamento, vivenciada pelo pesquisador, quando a coleta de dados pára de produzir novas informações.

A escolha desses pacientes deu-se de forma intencional. Para tanto, foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão, como os descritos a seguir:

4.3.1 Critérios de Inclusão:

Ser adulto (com idade entre 18 e 60 anos);
Ter realizado TCTH;
Terem transcorrido 7 dias da data do TCTH;
Estar internado na Unidade 5 Sul, e
Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Informado.

4.3.2 Critérios de Exclusão:

Terem transcorrido mais de 20 dias após o TCTH;
Ser portador de doenças crônicas não compensadas.

4.4 Coleta de Dados

Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento de pesquisa (APÊNDICE A) com o qual a entrevista (pautada por questões norteadoras) foi realizada com os pacientes, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Para complementar esta pesquisa, alguns dados contidos nos prontuários dos pacientes foram utilizados e as entrevistas gravadas em um aparelho de MP3 para posterior transcrição. A coleta foi realizada entre 01 de outubro de 2009 a 15 de novembro de 2009.

De acordo com Gil (1999), como técnica para coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca de suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes. Possui uma flexibilidade que permite a investigação nos mais diversos campos. O método de entrevista informal utilizada em estudos exploratórios visa à abordagem de realidades pouco conhecidas fornecendo uma visão aproximativa do problema de pesquisa.

A abordagem ao paciente, ainda conforme proposto por Gil (1999), deve utilizar esse tipo de entrevista que deve ser o menos estruturada possível, irá se

distinguir de uma simples conversação, pois seu objetivo é a coleta de dados. Esta técnica pretende obter uma visão geral do problema do pesquisado, assim como identificar alguns aspectos de sua personalidade.

Os pacientes foram selecionados a partir do sétimo dia após o TCTH e no máximo até o vigésimo dia após o TCTH. De acordo com Vechiato et al (2005), durante duas a três semanas após a infusão da medula, o paciente permanece em aplasia medular intensa (fase em que os leucócitos, glóbulos vermelhos e plaquetas permanecem baixos), quando ainda não ocorreu a “pega” e a recuperação medular. Neste período, o paciente está mais predisposto às diversas complicações devido à suscetibilidade de seu sistema imunológico.

Pode-se definir este período como NADIR, que de acordo com Bonassa (2005) é o tempo transcorrido entre a aplicação da droga e o aparecimento do menor valor de contagem hematológica.

Bonassa (2005) definiu que as “pegas” mais rápidas são observadas em TCTH periféricas (11 a 16 dias após a infusão) e as “pegas” mais demoradas em TCTH de cordão umbilical (até 40 dias). As complicações agudas são observadas durante os primeiros cem dias após o transplante, afetam diversos órgãos ou sistemas e são mais severas durante o período de aplasia medular. Portanto, justifica-se realizar a coleta de dados neste período, porque após a “pega” os sintomas tendem a melhorar, ficarem mais amenos e, provavelmente o sintoma fadiga não será muito recorrente, interferindo no objetivo deste trabalho.

Nos prontuários dos pacientes, foram coletados os seguintes dados: qual o seu diagnóstico, a data do início do tratamento, a data do transplante, o tipo de transplante, se teve mucosite, se desenvolveu a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), qual o protocolo de condicionamento utilizado, quantas transfusões de sangue recebeu e se teve alguma reação alérgica, se a doença já esteve em fase de recidiva ou remissão, os sinais vitais no dia da entrevista, assim como seu peso, altura, estado nutricional e o hemograma do dia.

A entrevista realizada com os pacientes foi na unidade de internação; assim, o paciente não precisou sair do leito para responder aos questionamentos do instrumento de pesquisa. Este teve o direito de desistir da entrevista ou interrompê-la, sem danos ou prejuízo ao seu tratamento, e caso o mesmo desejasse poderia ser combinado outro dia para a realização da mesma, porém não foi preciso.

4.5 Análise dos Dados

A partir dos dados coletados, a análise realizada utilizou a Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977).

Bardin (1977) afirma que a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Esta técnica possibilita ao pesquisador interpretar as descrições subjetivas, podendo, assim, desvendar dados que estão muitas vezes ocultos nos discursos, nos relatos dos sujeitos.

Ainda segundo Bardin (1977), o analista é como um arqueólogo. Irá trabalhar com vestígios: os documento' que pode descobrir ou suscitar, cabendo-lhe a perícia e as tomadas de decisão para encontrar, nos depoimentos, os subsídios necessários para interpretação. O investigador irá trabalhar com a inferência, baseando-se em suas vivências e conhecimentos sobre o tema abordado.

Assim, a análise está organizada nos seguintes pólos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (a inferência e a interpretação).

Na fase de pré-análise, deteve-se a leitura dos dados obtidos na entrevista, e a transcrição dos dados gravados. Neste momento, realizou-se o aprofundamento dos dados obtidos para posterior análise, separando-os em fichas e roteiros, e lendo-os em mais de um momento.

Na fase de exploração do material, realizou-se a análise dos dados encontrados, selecionando e agrupando adequadamente as falas encontradas nos discursos dos entrevistados.

Na fase de tratamento dos dados obtidos, através da inferência e interpretação, os dados obtidos foram descritos e separados pelas categorias: conhecimento sobre fadiga, sensações físicas, sensações afetivas e efeitos cognitivos, propostos por Bonassa (2005), sendo estas analisadas e discutidas com o referencial teórico sobre o tema. Os sujeitos foram denominados da seguinte forma: estão descritos pela letra S seguidos do algarismo arábico 1, 2, 3 ... correspondente.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto encaminhado ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA), para a Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e ética em saúde, obteve a aprovação necessária para o desenvolvimento do presente trabalho sob a resolução nº 09-419, a utilização dos dados nos prontuários foi realizada mediante liberação dos mesmos por este comitê de pesquisa.

Para a realização desta pesquisa seguiu a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o qual aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996a).

Todos os pacientes concordaram formalmente para a realização das entrevistas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), este foi assinado em duas vias para que uma permaneça com o entrevistado e outra com o pesquisador. O TCLE contém o título da pesquisa, seu objetivo, assim como a disponibilização de um contato (telefones, e-mail) com o pesquisador para possibilitar possíveis esclarecimentos ou desistência de participação, com a garantia de que isso não trará prejuízo ao seu tratamento nesta instituição, foi garantido também o anonimato dos participantes.

A relação risco/benefício foi informada aos participantes, como benefícios desta pesquisa pode-se considerar que, através da análise dos dados obtidos poderá se fornecer subsídios aos profissionais da saúde e cuidadores para melhoria do cuidado, assim como, os riscos desta pesquisa, que será o tempo a ser dispensado e o possível desconforto durante a realização da pesquisa.

Todo o material utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa deverá ser destruído após cinco anos da publicação do mesmo.

5 RESULTADOS

Os dados foram coletados através de uma entrevista e do prontuário do paciente, a amostra é composta de todos os pacientes que estavam internados na Unidade de Ambiente Protegido 5° sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que realizaram TCTH, que estivessem dentro dos critérios de inclusão. A amostra foi composta por 05 pacientes, no período compreendido entre 01 de outubro a 15 de novembro de 2009. As entrevistas realizadas conseguiram fornecer os subsídios necessários para o desenvolvimento deste trabalho.

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

5.1 Caracterização da Amostra

O Quadro 1, a seguir, será apresentado para caracterizar os sujeitos.

Sujeito	Sexo	Idade	Profissão	Estado civil	Religião	Reside com
S 1	M	32	Desempregado	Casado	Evangélico	Esposa e filho
S 2	M	21	Desempregado	Solteiro	Católico	Pai e mãe
S 3	F	54	Do lar	Casada	Evangélica	Esposo e filhos
S 4	M	31	Agricultor	Casado	Congregação Crista do Brasil	Esposa e filho
S 5	M	18	Estudante	Solteiro	Católico	Pais e irmã

Quadro 1 - Caracterização da amostra. Fonte: Pesquisa direta, dados coletados pelo autor. Porto Alegre, 2009.

5.2 Concepções do paciente sobre fadiga

As tabelas a seguir proporcionam subsídios para o entendimento das falas dos investigados.

Foram divididos em quatro categorias entre elas: conhecimento sobre fadiga, sensações físicas, sensações afetivas, efeitos cognitivos.

5.2.1 Categoria I - Conhecimento sobre fadiga

Categoria I	Tema
Conhecimento sobre fadiga	“Fadiga é um cansaço.” S 1 “É cansaço, é ter que agüentar toda a internação.” S2 “É um cansaço.” S 3 “É um mal-estar, algum desconforto, cansaço.”S4 “Cansaço, sem vontade de fazer as coisas.” S5

Quadro 2 – Categoria I: Conhecimento sobre fadiga. Fonte: Pesquisa direta, dados coletados pelo autor. Porto Alegre, 2009.

O conceito de fadiga diverge entre os estudiosos, apesar de ser um sintoma vivenciado pela maioria das pessoas em algum momento da vida.

O estudo realizado por Mota *et al* (2005) descreve a importância dos conceitos para a pesquisa. Conceito é um pensamento, uma noção, uma idéia. A linguagem é utilizada para atribuir nomes, palavras aos conceitos para comunicar nossas idéias.

Fadiga é um fenômeno relatado desde a Antiguidade, estando relacionada ao sofrimento físico e mental; é um fenômeno subjetivo, multicausal, cuja gênese e expressão envolvem aspectos físicos, cognitivos e emocionais (MOTA, *et al*; 2005).

O National Comprehensive Cancer Network (NCCN; 2009) Fatigue Guidelines Committee caracterizou o câncer relacionado à fadiga (cancer – related fatigue) da seguinte forma : “incomum, persistente e uma sensação de subjetivo cansaço relacionado com o câncer ou o tratamento do câncer que interfere nas usuais funções” (MORROW, 2007).

A enfermagem utiliza como definições para fadiga: uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual; sintoma subjetivo, desagradável que incorpora toda sensação do corpo variando de cansaço a exaustão, criando uma condição geral de falta de alívio, que interfere na capacidade do indivíduo realizar suas habilidades normais; experiência aguda ou crônica caracterizada pelo desempenho não efetivo de tarefas, inadequação auto-percebida, aversão a atividades, cansaço ou sensação de fraqueza, desconforto (MOTA, *et al*; 2005).

Os entrevistados iniciaram seu discurso relatando seu entendimento sobre o que consideravam fadiga, esta foi caracterizada como um cansaço por quase todos os entrevistados, durante as entrevistas foi possível observar nos sujeitos S 2, S 3 e S 5 este cansaço referido de forma bastante intensa, demonstravam esta sensação através da dificuldade para realizar a entrevista, pela fala arrastada, pela expressão facial apática, prostrada.

A caracterização da fadiga torna-se, por muitas vezes, subjetiva devido à variabilidade dos conceitos gerados pelos interlocutores, assim como pela diversidade de fatores que condicionam esta situação, porém foi possível observar que os sujeitos entrevistados concordaram no que consideram fadiga, com exceção do S4 que utilizou outra nomenclatura para o sintoma. Apesar desta diferenciação, pode-se considerar como válido o termo utilizado pelo S4, pois se enquadra dentre as definições encontradas na literatura.

Os fatores relacionados com o surgimento e estabelecimento da fadiga inserem-se num quadro em que constam fatores fisiológicos, psicológicos, situacionais e ambientais. Dentre esses fatores, podemos citar o estresse, ansiedade, depressão, condição física debilitada, eventos negativos da vida, doença, má nutrição, anemia, entre outros (MENEZES, CAMARGO; 2006).

5.2.2 Categoria II - Sensações físicas

Categoria II	Tema
Sensações físicas	<p>“Não mudou muita coisa.Senti um pouco de fraqueza, mas foi por pouco tempo, não sinto mais essa cansaça; não senti dificuldade para dormir, é de natureza, nunca tomei medicação.Senti náusea e vomitei apenas uma vez.” S1</p> <p>“Muito enjoô e cólica abdominal durante o transplante; estou cansando facilmente, até para ir ao banheiro. Sinto dor em alguns momentos, e daí tenho dificuldade para fazer tudo; não consigo dormir apenas quando sinto dor.”S2</p> <p>“Desde que fiz o transplante não tive nenhum dia de folga, quando não dói a barriga dói a garganta, a mucosite está incomodando muito. Durmo bem, sou dorminhoca.” S3</p> <p>“Dor no estômago, enjoô, ânsia, esse mal-estar, desconforto, diminuição de apetite. Sinto mais cansaço físico quando caminho. Não tenho conseguido dormir muito bem, preciso de remédios.” S4</p> <p>“O que mais incomoda são as feridas na boca, sinto dor apenas para comer, não consigo nem beber água, bebo de teimoso para não desidratar; também tive enjoô, vômitos e diarreia. Sinto fraqueza, tenho que me esforçar muito para fazer as coisas, não consigo ir até o banheiro.Durmo bem, até demais, o dia inteiro.” S5</p>

Quadro 3 – Categoria II: Sensações físicas. Fonte: Pesquisa direta, dados coletados pelo autor. Porto Alegre, 2009.

As sensações físicas descritas pelos sujeitos são esperadas em pacientes submetidos a protocolos de altas doses de quimioterapia, como os pacientes que realizam TCTH. Os sintomas encontrados foram: fraqueza e cansaço, dor abdominal e na cavidade oral, náuseas e vômitos, dificuldade para dormir.

O S1 teve uma recuperação pós-TCTH tranqüila, suas queixas de mal-estar foram somente no momento que a medula estava sendo transfundida, e fraqueza sentiu em um período breve. Os demais sujeitos passaram por momentos, segundo eles, muito difíceis. O sintoma cansaço e fraqueza foi descrito por S2, S4 e S5, dor abdominal foi relatado por S2, S3 e S4, dor na cavidade oral por S3 e S5, náuseas e vômitos por S1, S2, S4 e S5, dificuldade para dormir S2 e S4, e diarreia relatada apenas por S5.

De acordo com o Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), um instrumento desenvolvido com o objetivo de avaliar a representação cognitiva e emocional da doença. O sintoma mais freqüente experienciado por uma amostra de doentes oncológicos foi a fadiga (48,1%), seguida de dores (47,5%); os sintomas mais relacionados com a doença são as dores (53%), seguidos de fadiga (42,9%) e falta de forças (37,1%). As dores de garganta (2,6%) e os olhos inflamados (2,3%) são sintomas que menos se identificaram com a generalidade da doença oncológica (SANTOS, *et al*; 2003).

A fadiga está diretamente relacionada aos sintomas de cansaço e fraqueza, como visto anteriormente, sua causa é multifatorial; porém, um dos fatores que mais predispõe o acontecimento desses eventos é a anemia.

A anemia é uma complicação freqüente em pacientes portadores de câncer, especialmente naqueles com doença avançada ou extensivamente tratada. Suas causas e mecanismos fisiopatológicos são complexos, decorrendo daí o termo "multifatorial". A anemia pode ser conseqüente a um efeito direto do tumor, de produtos deste ou do próprio tratamento oncológico; quando sintomática contribui para a morbidade geral do tumor (NOGUEIRA-COSTA, *et al*; 1999).

A quimioterapia citostática é considerada uma das principais causas de anemia em pacientes portadores de câncer e que, tal tratamento, freqüentemente agrava a anemia, comumente leve, que pré-existe em tais pacientes, assim como a radioterapia. Esta é causa de alterações reversíveis e irreversíveis da medula óssea, principalmente quando grandes áreas do esqueleto axial são incluídas no campo terapêutico (NOGUEIRA-COSTA, *et al*; 1999).

Quando o indivíduo anêmico começa a efetuar exercícios físicos, o coração não é capaz de bombear sangue em quantidades muito maiores do que as que já está bombeando. Conseqüentemente, durante o exercício, que aumenta acentuadamente a demanda de oxigênio dos tecidos, ocorre hipóxia tecidual extrema, e, com freqüência, verifica-se o desenvolvimento de insuficiência cardíaca aguda (GUYTON, 2006).

Nogueira-Costa *et al*, relata ainda que, os pacientes anêmicos, dentre outros sintomas, são geralmente insones, os sujeitos S 2 e S 4 relataram dificuldade para dormir, necessitaram medicações para manter o sono.

Outra queixa comum, entre a maioria dos sujeitos entrevistados, foi dor abdominal e na cavidade oral. A dor é considerada um dos sintomas mais freqüentes nas neoplasias. É também o mais temido pelos pacientes oncológicos. Estima-se que 10% a 15% dos doentes de câncer apresentam dor de intensidade significativa nos casos de doença inicial (TULLI, *et al*; 1999).

As lesões encontradas na cavidade oral destes pacientes estão relacionadas ao tratamento radio e quimioterápico mielossupressor. A cavidade oral constitui um sítio propício a infecções com grande potencial de desenvolvimento de bacteremia, sendo que lesões infecciosas devem ser previamente tratadas e controladas. Os fatores de risco para mucosite oral (OM), doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) e xerostomia ainda não estão definidos, principalmente para OM e DECH. São citadas na literatura alternativas promissoras de tratamento para OM, tais como crioterapia, administração de fatores de crescimento e laserterapia (LUIZ, *et al* 2008).

A mucosite é a complicação mais comum pós-TCTH, com incidência em torno de 90%. A gravidade dependerá do diagnóstico, regime e doses utilizadas no condicionamento. Eventuais alterações decorrentes da DECH prolongam e intensificam as complicações orais e podem desencadear novos problemas, como xerostomia (diminuição do fluxo salivar decorrente da irradiação das principais glândulas salivares) (ORTEGA, *et al*; 2004).

De acordo com Tulli *et al* (1999), as terapêuticas para tratamento do câncer quase sempre são agressivas, o que leva a uma ameaça séria à integridade do organismo e sua função. De acordo com a Associação Internacional para Estudo da Dor, dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional

desagradável, associada a dano tecidual. Aumenta, a cada dia, o número de pessoas que sofrem de dor oncológica e muitas delas permanecem sem tratamento adequado. No entanto, existem métodos capazes de controlar este tipo de dor. Os cuidados atentos da enfermagem, associados à terapêutica medicamentosa, são as bases para manejar a dor do câncer, tornando-a suportável para o paciente.

Náuseas e vômitos em intensidades variáveis são freqüentes em pacientes submetidos ao TCTH. Estão na maioria das vezes associados à quimioterapia e radioterapia. Fatores emocionais e o convívio social com outros pacientes também podem predispor a esses eventos e, por vezes, o paciente apresenta essas intercorrências desde o condicionamento até a alta (ORTEGA, *et al*; 2004).

A diarreia é bastante comum, é resultado da ação da quimioterapia em altas doses e radioterapia corporal. Sua investigação é importante por ter inúmeras causas, como, por exemplo, a DECH aguda e infecções. As dores abdominais podem estar relacionadas às infecções intestinais, assim como, podem estar relacionadas à infusão de células tronco-hematopoéticas (CTH), principalmente quando existe incompatibilidade ABO-Rh, mas também pelo conservante utilizado para criopreservação da CTH (ORTEGA, *et al*; 2004).

As complicações citadas acima, pelos mais variados autores, como a dor e os desconfortos gastrointestinais predispõe o agravamento do quadro de fadiga. A condição física debilitada agrava os sintomas de fadiga.

O NCCN (2009) inclui como fatores associados à fadiga: dor, depressão e ansiedade, inatividade, os problemas do sono, deficiências nutricionais, medicamentos (como anti-histamínicos, antidepressivos, drogas e medicamentos anti-náusea), assim como outras condições médicas.

O enfermeiro deve exercer seu papel no controle da dor, tendo responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento, na comunicação das informações da dor do paciente, como membro da equipe de saúde (SILVA, ZAGO; 2001).

5.2.3 Categoria III – Sensações afetivas

Categoria III	Tema
Sensações afetivas	<p>“Senti ansiedade durante o transplante, de saber como iria ser, o que eu iria sentir, tenho um pouco de saudade da minha esposa e do meu filho; apesar de tudo, nunca me senti desmotivado, enquanto puder vou me ajudar, não adianta ficar se lamentando.”S1</p> <p>“Sinto um pouco de tristeza, qualquer pessoa que faz um tratamento desses fica assim, mas não pode desistir.”S2</p> <p>“Nunca pensei em desistir, eu sou guerreira, não dou bola para a fraqueza, mas senti tristeza, porque primeiro foi a barriga e depois a garganta, entrei em parafuso. O que é isso? Pra que tanto sofrimento? Tanta coisa mudou, mas vamos ver o que vai acontecer agora.” S3</p> <p>“Não senti tristeza, nem desmotivação, sempre estive acompanhado, recebendo apoio.”S4</p> <p>“Senti tristeza em alguns momentos antes do transplante, assim como estresse, mas apenas antes porque agora é quase uma certeza de cura. Não desisti porque meus pais me ajudaram a mudar de idéia.” S5</p>

Quadro 4 – Categoria III: Sensações afetivas. Fonte: Pesquisa direta, dados coletados pelo autor. Porto Alegre, 2009.

As doenças oncológicas têm sido prevalentes no país, fato que torna relevante a necessidade de conhecer a importância de sua representação cognitiva e emocional, desde a fase de diagnóstico e decisão terapêutica, como contributo para estudos posteriores sobre suas implicações no percurso da doença e resultados de saúde (SANTOS, *et al*; 2003).

O sujeito S 1 referiu apenas ter sentido ansiedade durante o TCTH, os sujeitos S 2 , S 3 e S 5 relataram sentimento de tristeza, o sujeito S 4 não relatou nenhum sentimento afetivo alterado. Ainda podemos perceber nas falas, com exceção de S5, que apesar de todas as dificuldades do tratamento, nunca pensaram em desistir.

O bem-estar emocional, de acordo com Ortega *et al* (2004), é igualmente importante para a saúde, como o bem-estar físico e social. Se um indivíduo encontra-se triste, ansioso, preocupado, irritado ou com muito medo, tais características o impedem de dar o melhor de si nos aspectos físico, mental e social.

A saúde terá que ser encarada numa perspectiva sócio-ecológica e considerada um aspecto essencial para a evolução e desenvolvimento de qualquer ser vivo, sendo, para tal, imprescindível criar as condições necessárias para que haja equilíbrio entre os diversos intervenientes entre eles e o ambiente onde tudo se passa. O que implica uma contínua capacidade de análise, reflexão, planejamento, decisão, ação e avaliação, não só pelos detentores do “poder”, mas por cada um de nós (profissionais de saúde e cidadãos) que diariamente nos deparamos com situações (pessoais ou sociais) que atentam contra a saúde (BRANCO, 2005).

Os pacientes submetidos ao TCTH necessitam tanto do apoio profissional como familiar, para se sentirem seguros durante as fases do tratamento. A complexidade deste tratamento é capaz de produzir profundos efeitos psicológicos no paciente, familiares e profissionais, sendo que ignorar tais fatores pode trazer conseqüências graves a esses indivíduos. As mudanças sofridas durante este processo para o paciente e sua família são de ordem psicossocial, sendo o enfermeiro tem papel fundamental nessa adaptação para que a melhor qualidade de vida seja alcançada (MATSUBARA, *et al*; 2007).

A família pode ser considerada aliada na assistência de enfermagem, pois ela pode fornecer a segurança e o apoio psicológico para a readaptação do paciente transplantado ao convívio social, ao qual estava habituado. A família deve ser vista como fonte primária de suporte social (MATSUBARA, *et al*; 2007).

A enfermeira necessita comprometer-se emocionalmente, se aspira a relação com um paciente ou outro ser humano, sendo que este compromisso emocional é ao mesmo tempo cognoscitivo e afetivo. A área expressiva é bastante nova e representa um desafio para a Enfermagem que passa hoje por uma fase de

transição marcada pelo conflito entre os velhos preceitos e os novos valores (FERREIRA, 1996).

5.2.4 Categoria IV – Efeitos cognitivos

Categoria IV	Tema
Efeitos cognitivos	<p>“Não senti dificuldade para me concentrar, nem falta de memória, era só uma canseira que passou.”S1</p> <p>“Para me concentrar me senti normal, não me disperso muito, às vezes sou meio esquecido, principalmente com datas.”S2</p> <p>“Sinto muita dificuldade para me concentrar. Esqueço tudo no banheiro quando vou tomar banho, as gurias trazem pra mim, estou muito esquecida.” S3</p> <p>“Sempre estive com o pensamento bem ativo.” S4</p> <p>“Tenho dificuldade para me concentrar, disperso facilmente.” S5</p>

Quadro 5 – Categoria IV: Efeitos cognitivos. Fonte: Pesquisa direta, dados coletados pelo autor. Porto Alegre, 2009.

A má oxigenação cerebral pode reduzir a capacidade neuropsicológica dos pacientes anêmicos, possibilitando o aparecimento de distúrbios da função cognitiva e depressão (NOGUEIRA-COSTA, 1999)

Segundo Cançado (2007), os principais sintomas, sinais da anemia relacionados ao sistema nervoso central são a confusão mental e o distúrbio da função cognitiva.

O sujeito S 1 não refere nenhuma alteração neste sentido, assim como, S4. Os sujeitos S 2 e S 3 referiram esquecimento, dificuldade para se concentrar foi referido por S 2 e S 5.

De acordo com Ortega *et al* (2004), geralmente as complicações neurológicas que acometem os pacientes na fase inicial do tratamento estão relacionadas às alterações dos eletrólitos, infecções, níveis elevados de determinadas medicações, sangramento do sistema nervoso central ou deficiência

de vitaminas.

Ainda de acordo com o autor citado anteriormente, algumas complicações neurológicas agudas possuem como manifestação clínica a fadiga. E dentre as complicações mais frequentes nos primeiros cem dias, o sintoma de fadiga pode ter como possível causa o uso de corticóides, estresse, anemia e infecção.

6 DISCUSSÃO

A amostra caracterizou os indivíduos como adultos, na sua maioria jovem, o paciente mais novo possui 18 anos e o mais velho possui 54 anos. Todos se dispuseram a colaborar com a realização deste trabalho de forma muito tranqüila, apesar de não estarem nas melhores condições físicas.

O início da entrevista começou com o questionamento sobre o que eles consideravam fadiga, sendo que todos souberam responder ao questionamento. Todos os sujeitos caracterizaram a fadiga como sendo uma sensação de cansaço. Também associaram algumas dificuldades físicas para a realização de atividades em seu cotidiano no ambiente hospitalar como conseqüências do sintoma fadiga.

O segundo momento da entrevista foi caracterizado pelo questionamento sobre os sintomas físicos que mais os incomodavam, decorrentes do tratamento ao qual foram submetidos. Foram diversos os sintomas descritos pelos participantes do estudo; dessa forma, durante a realização da entrevista foi possível perceber, em alguns dos pacientes, o seu incômodo relacionado à dor, a náuseas. Não houve consenso entre todos os participantes em relação aos sintomas físicos, visto que existe uma variedade nos sintomas e estes variam de acordo com o protocolo de condicionamento ao qual foram submetidos e a sua própria condição física antes do transplante.

O terceiro momento da entrevista questionou os pacientes sobre as sensações afetivas, emocionais vivenciadas. Fica evidente nas falas a importância do apoio familiar no transcorrer de todo o processo de tratamento. Apenas um participante relatou não ter sentido tristeza ou ansiedade e creditou à família como fundamental para que esses sentimentos não surgissem. A equipe de enfermagem deve estar preparada para saber lidar com esses sentimentos, a fim de promover um cuidado de qualidade.

A quarta etapa da entrevista buscou saber dos participantes se estes percebiam limitações cognitivas como dificuldade de concentração, problemas relacionados à memória, entre outros. Não foi encontrado nenhum dado significativo, apenas dois pacientes disseram estar mais esquecidos, e outros dois disseram estar mais dispersos, com dificuldade para se concentrarem.

Este esquecimento e a falta de concentração relatados não estavam afetando ou causando nenhum prejuízo ao tratamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi alcançado, pode-se conhecer as concepções sobre a fadiga, assim como identificar os sintomas comuns aos pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopoéticas.

O estudo foi limitado pelo pouco tempo disponível para coleta de dados. O tempo de internação destes pacientes é longo e o número de leitos oferecidos para o transplante é limitado, o que ocasiona uma amostra pequena de pacientes em um período de dois meses. Outra determinante para a limitação de pacientes entrevistados foi o fato de muitos pacientes não estarem enquadrados nos critérios de inclusão.

Como dados significativos encontrados podemos citar a interpretação dada ao termo fadiga pelos pacientes, dados que corroboraram com o preconizado pela literatura existente, assim como os sintomas mais comumente vivenciados. Os relatos descritos ratificam que o tratamento ao qual esses pacientes são submetidos envolve uma dimensão que vai além de sintomas físicos, sempre vistos como sendo mais relevantes do que os sintomas emocionais apresentados pelos pacientes.

Percebe-se que para o estabelecimento de uma relação de confiança e para que o paciente seja visto de forma holística, é necessário que o cuidado não seja apenas técnico, mas também seja voltado para o atendimento das questões psicoemocionais do paciente. São cuidados complementares, importantes para a recuperação breve do paciente.

Foi observado que a fadiga e os demais sintomas provocados pelo tratamento radioterápico e quimioterápico, de fato, acometem muitos pacientes, e interferem de forma significativa para a recuperação destes. A fadiga interferiu não somente no bem-estar físico, mas também no bem-estar emocional e mental. Sintomas como a dor, náuseas e vômitos, também são responsáveis por tornarem o processo de recuperação difícil para os pacientes.

Portanto, é possível perceber a necessidade da continuidade das pesquisas clínicas para que estas forneçam os subsídios para o estabelecimento de condutas, de cuidados em relação ao paciente fatigado. O cuidado de enfermagem é

essencial em todas as etapas do transplante de células tronco hematopoéticas e deve ser baseado em evidências clínicas.

REFERÊNCIAS

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

BONASSA, Edva M. A.; SANTANA, Tatiana R. **Enfermagem em Terapêutica Oncológica**. 3. ed. – São Paulo: Atheneu, 2005.

BRANCO, I. M. B. H. P. PREVENÇÃO DO CÂNCER E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: OPINIÕES E PERSPECTIVAS DE ENFERMAGEM. *Texto Contexto Enferm* 2005 Abr-Jun; 14 (2): 246-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de Câncer no Brasil. Síntese de Resultados. Estimativa 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>. Acesso em: 05 abr. 2009.

CANÇADO, Rodolfo D. Mieloma Múltiplo e anemia. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, São José do Rio Preto, v. 29, n. 1, Mar. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842007000100014&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 Nov. 2009. doi: 10.1590/S1516-84842007000100014.

FERREIRA, N. M. L. A. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.2, p.229-53, ago. 1996.

FONTES, Conceição Adriana Sales; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta paul. enferm.* São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?acesso> em 11 Julho 2009.

FURLANETTO, Letícia M.; et al. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. *J Bras Psiquiatr*, 55(2): 96-101, 2006.

GIL, Antonio C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5. ed. – 8 reimpr. – São Paulo: Atlas, 2007.

GONZALEZ, J.; Gorini, M. Fatigue of the Patient with Cancer: a systematic review. *Online Brazilian Journal of Nursing, North America*, 7 3 04 2008.

GUYTON, Arthur C. Tratado de Fisiologia Médica. 11.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. xxxvi, 1115 p. : il.

LOGE, J. H.; ABRAHAMSEN, A. F.; EKEBERG, Kaasa S. Fatigue and psychiatric morbidity among Hodgkin's disease survivors. J Pain Symptom Manage, 19: 91-9, 2000.

LUIZ, A. C.; et al. Alterações bucais e cuidados orais no paciente transplantado de medula óssea. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2008; 30(6): 480-487

MACHADO, Sheila Mara; SAWADA, Namie Okino. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 750-7.

MATSUBARA, T. C.; CARVALHO, E. C.; CANINI, S. R. M. S.; SAWADA, N. O. A CRISE FAMILIAR NO CONTEXTO DO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (TMO): UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Rev. Latino-am Enfermagem 2007 julho-agosto; 15(4), www.eerp.usp.br/rlae.

MENEZES, Maria F.B, CAMARGO, Teresa C. A Fadiga Relacionada ao Câncer como Temática na Enfermagem Oncológica. Rev. Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3): 442-7, www.eerp.usp.br/rlae

MOHALLEM, Andréa G. da Costa; RODRIGUES, Andrea Bezerra. Enfermagem Oncológica. Barueri, SP: Manole, 2007.

MORROW, G. R. Cancer- Related Fatigue: Causes, Consequences, and Management. The Oncologist, v.12, supl 1, p. 1-3, 2007.

MOTA, Dálete C. F.; CRUZ, Diná A. L. M.; PIMENTA, Cibele A. M. Fadiga: uma análise do conceito. Acta Paul Enferm. 2005; 18(3): 285-93

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cancer-Related Fatigue guidelines. Disponível em: <http://www.nccn.com/Living-with-Cancer/Default.aspx?id=2952>; acesso em 15 de novembro de 2009.

NOGUEIRA-COSTA, R.; DUARTE, R. C.; SOUSA, C. C. Anemia no Paciente Oncológico: Causas, Diagnósticos e Tratamento. RSBC - Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, ANO II, Nº 6 - 2º sem - 1999.

ORTEGA, E. T. T.; KOJO, T. K.; LIMA, D. H.; VERAN, M. P.; NEVES, M. I. **Compêndio de Enfermagem em Transplante de Células Tronco Hematopoéticas: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais em complicações.** – Curitiba: Editora Maio, 2004. 436p.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

POLLOCK, Raphael E.; et al. **UICC: Manual de Oncologia Clínica.** – 8. ed. – São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

RECCO, D. C.; LUIZ, C. B.; PINTO, M. H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arq Ciênc. Saúde* 2005 Abr-Jun; 12(2): 85-90

RIUL, Sueli; AGUILLAR, Olga M.. **Transplante de Medula Óssea: organização da unidade e assistência de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1996.

SANTOS, C.; PAIS-RIBEIRO, J.; LOPES, C. Adaptação e Validação do “Revised Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R) em doentes oncológicos. *Arquivos de Medicina*, vol. 17, nº4, 2003.

SILVA, L. M. H.; ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 julho; 9(4): 44-9.

TULLI, Andrey C. P.; PINHEIRO, Sinara Z. T. Dor Oncológica: os cuidados de enfermagem. *RSBC - Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia*, ANO II, Nº 7 – 3º TRIM – 1999.

VECHIATO, C.; SOARES, A. Q.; JANKO, F. Quimioterápicos utilizados no tratamento de pacientes submetidos a transplante de medula óssea, no Hospital Araújo Jorge, no ano de 2004. *Revista Eletrônica de Farmácia Suplemento*, Vol. 2 (2), 214-217, 2005.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE PESQUISA

Dados de Identificação:

Nome: _____ . Nº prontuário: _____ .

Data de nascimento: ___ / ___ / ____ . Idade: _____ anos.

Sexo: _____ .

Estado civil: _____ . Crença Religiosa: _____ .

Possui filhos: _____ . Quantos: _____ . Reside com: _____ .

Local de Nascimento: _____ .

Procedência: _____ .

Endereço: _____ .

Grau de Instrução: 1º Grau incompleto () 1º Grau ()

2º Grau incompleto () 2º Grau ()

3º Grau incompleto () 3º Grau ()

Profissão: _____ .

Situação Econômica (renda em salários mínimos): _____ .

Possui história de câncer na família? _____ . Quem? _____ .

Possui alguma outra patologia? _____ . Qual? _____ .

Usa algum medicamento? _____ . Qual? _____ .

É alérgico a algum medicamento ou substância? _____ . Qual? _____ .

Tabagista: _____ . Há quanto tempo parou? _____ . Há quanto tempo fuma? _____ .

Etilista: _____ . Há quanto tempo parou? _____ . Há quanto tempo bebe? _____ .

Dados obtidos no prontuário:

Diagnóstico: _____ . Início do tratamento: _____ .

Data do Transplante: _____ . Tipo de Transplante: _____ .

Teve mucosite: _____ . Teve DECH: _____ .

Qual o protocolo de condicionamento: _____ .

Recebeu transfusões? _____ . Quantas? _____ . Teve reação? _____ .

Recidiva da Doença: () sim () não. Remissão da doença: () sim () não.

Sinais Vitais: TA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; FR: _____ mpm; Tax: _____ °C.

Peso: _____ Kg. Altura: _____ m.

Estado Nutricional: _____ . Hemograma (Hb): _____ (Leu) _____ (Pqt) _____ .

Entrevista (tópicos norteadores):

- O que é fadiga.
- Quais os sintomas adversos do tratamento que mais incomodam.
- Pensamento de desistência do tratamento em decorrência da fadiga.
- Quais as mudanças mais significativas detectadas em decorrência da fadiga.
- Sentimento de fraqueza ao realizar atividades habituais.
- Mudanças em relação ao desempenho físico durante o tratamento.
- Dificuldade para manter o sono (desconforto, insônia).
- Esforço para realizar atividades cotidianas.
- Dor ao realizar atividades cotidianas.
- Tristeza em algum momento.
- Desmotivação para realizar atividades cotidianas.
- Estresse.
- Dificuldade para se concentrar.
- Dificuldade para a resolução de problemas.
- Problema de memória recentemente.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIA DO PESQUISADOR/ VIA DO PARTICIPANTE

Eu, Acadêmica de Enfermagem Lívia Lírio Campo, convido-o (a) a participar do estudo “Concepções relatadas pelos pacientes em Transplante de Células Tronco-Hematopoiéticas sobre a fadiga”.

O objetivo geral desse estudo é conhecer as concepções sobre a fadiga relatadas pelo paciente que realizou Transplante de Células Tronco-Hematopoiéticas.

Será realizada uma entrevista com o objetivo de obter os dados necessários para o desenvolvimento desta pesquisa. Peço sua autorização para a gravação da entrevista que irá durar aproximadamente 20 minutos. Seu prontuário também será consultado, para que complementar os dados da pesquisa.

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

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

Eu _____, declaro ter lido/que me foram lidas, as informações acima escritas e concordo em participar do estudo. Fui informado (a) de maneira clara e detalhada sobre o objetivo e sobre as formas que participarei desse estudo.

Pesquisadores:

Prof. Dra. Maria Isabel P. C. Gorini – (51)9986-0044

Acad. Enf. Lívia Lírio Campo – (51)9244-9916/3248-5353 – lilica_rs@yahoo.com.br

Comissão de Pesquisa (GPPG – HCPA) – (51)3359-8304

Assinatura do participante: _____

Acad. Enf. Lívia Lírio Campo

Prof. Dra. Maria Isabel P. C. Gorini

Porto Alegre, _____ de _____ 2009.