

Avaliação da fadiga e da qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em quimioterapia

Evaluation of fatigue and quality of life of colorectal cancer patients in chemotherapy

Evaluación de la fatiga y la calidad de vida de los pacientes con con cáncer colorrectal en quimioterapia

Rafaela Costa Silva^a 

Michele Carla Gonçalves^b 

Amanda Silva Mendes^c 

Mariana Rosa Ribeiro Cardoso^d 

Adriana Cristina Nicolussi^e 

Como citar este artigo:

Silva RC, Gonçalves MC, Mendes AS, Cardoso MRR, Nicolussi AC. Avaliação da fadiga e da qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em quimioterapia. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210123. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210123.pt>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a fadiga e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer colorretal em quimioterapia.

Método: estudo descritivo, realizado com 69 pacientes entre janeiro a setembro/2019, em um hospital público de Minas Gerais. Instrumentos utilizados: questionário sociodemográfico e clínico, *Quality of Life Questionnaire-Core30* e Escala de Fadiga de Piper, analisados segundo medidas de frequência, média e desvio padrão pelo *software* PSPP.

Resultados: A maioria era mulheres, acima de 60 anos, casadas, aposentadas, donas de casa, com médio nível de escolaridade. Os escores de estado geral de saúde, das funções social, física, emocional e desempenho de papel foram considerados satisfatórios (médias 50-70), da função cognitiva foi boa (média >70); sintomas mais prevalentes foram perda de apetite, fadiga, dor e insônia. Quanto à fadiga, todas as dimensões tiveram média <4, considerado fadiga leve.

Conclusão: A qualidade de vida apresentou escores satisfatórios e a fadiga foi classificada como leve nos pacientes em quimioterapia.

Palavras-chave: Neoplasias colorretais. Qualidade de vida. Fadiga. Tratamento farmacológico.

ABSTRACT

Objective: To evaluate fatigue and health-related quality of life of colorectal cancer patients undergoing chemotherapy.

Method: Descriptive study conducted with 69 patients between January and September/2019 in a public hospital in Minas Gerais. Instruments used: sociodemographic and clinical questionnaire, *Quality of Life Questionnaire-Core30* and *Piper Fatigue Scale*, analyzed according to measures of frequency, mean and standard deviation by the *software* PSPP.

Results: Most patients were women over 60 years old, married, retired and housewives, with an average level of education. The scores of general health status, social, physical, emotional and role functioning were considered satisfactory (means 50 to 70), cognitive function was good (mean higher than 70); the most prevalent symptoms were loss of appetite, fatigue, pain and insomnia. As for fatigue, all dimensions had a mean value <4, considered mild fatigue.

Conclusion: Quality of life had satisfactory scores and fatigue was classified as mild in patients undergoing chemotherapy.

Keywords: Colorectal neoplasms. Quality of life. Fatigue. Drug therapy.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la fatiga y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cáncer colorrectal sometidos a quimioterapia.

Método: Estudio descriptivo, realizado con 69 pacientes entre Enero y Septiembre/2019 en un hospital público de Minas Gerais. Instrumentos utilizados: cuestionario sociodemográfico y clínico, *Quality of Life Questionnaire-Core30* y *Piper Fatigue Scale*, analizados según medidas de frecuencia, media y desviación estándar por el *software* PSPP.

Resultados: La mayoría eran mujeres, mayores de 40 años, casadas, jubiladas y amas de casa, con un nivel medio de educación. Los puntajes del estado general de salud, las funciones social, física, emocional y desempeño del papel se consideraron satisfactorias (media 50 a 70), la función cognitiva fue buena (media superior a 70); los síntomas más prevalentes fueron pérdida de apetito, fatiga, dolor e insomnio. En cuanto a la fatiga, todas las dimensiones tienen una media de <4, considerada fatiga leve.

Conclusión: La calidad de vida presentaba puntuaciones satisfactorias y la fatiga se clasificó como leve en pacientes sometidos a quimioterapia.

Palabras clave: Neoplasias colorrectales. Calidad de vida. Fatiga. Quimioterapia.

^a Hospital de Amor (HA), Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Barretos, São Paulo, Brasil.

^b Mário Palmerio Hospital Universitário (MPHU). Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^c Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^d Pesquisadora autônoma. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

^e Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O Câncer Colorretal (CCR), segundo estimativas de incidência no Brasil, com exceção do câncer de pele não melanoma, é o segundo câncer mais frequente no sexo feminino, após o câncer de mama e o segundo mais incidente no sexo masculino, após o câncer de próstata⁽¹⁾. Seus fatores etiológicos envolvem questões genéticas e idade avançada, contudo relacionam-se ao estilo de vida inadequado dos indivíduos, como obesidade, alcoolismo, tabagismo, alimentos processados e alta ingestão de carnes vermelhas. Já seus fatores protetores associam-se com a atividade física regular e a manutenção adequada do peso corporal⁽²⁾.

O diagnóstico relacionado ao CCR promove alterações físicas, funcionais, socioeconômicas, cognitiva/psicológicas e espirituais devido aos sentimentos de medo, estresse, ansiedade e incertezas quanto ao futuro. Do mesmo modo, o tipo de tratamento realizado, como quimioterapia, cirurgia e radioterapia, associadas ou não, podem amplificar estes sentimentos, além de causar sintomatologias e acometer a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)⁽³⁻⁴⁾.

O tratamento quimioterápico ocasiona diversos efeitos colaterais devido a eliminação não específica e irrestrita de células, que por sua vez, impactam negativamente na QVRS e nas atividades diárias dos pacientes⁽³⁻⁴⁾.

A QVRS possui um conceito abrangente e subjetivo relacionado à maneira como os indivíduos se posicionam na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores em que vivem; e com suas metas, expectativas e preocupações⁽⁵⁾. Suas interações são complexas e podem ser afetados pelo estado de saúde físico-psíquico, nível de independência, relações sociais e características ambientais. Ademais, sua mensuração durante a quimioterapia, torna-se essencial para avaliar as repercussões clínico-terapêuticas do tratamento, incluindo a tolerância tecidual e os efeitos colaterais⁽⁵⁻⁶⁾.

Dentre os efeitos mais prevalentes na doença e seu tratamento, destaca-se a Fadiga Relacionada ao Câncer (FRC), como um dos sintomas mais prevalentes em todas as fases da doença, inclusive após o fim do tratamento e cura da malignidade⁽³⁾. Além disso, seus níveis tendem a oscilar de acordo com o protocolo e dias de infusão da quimioterapia, atingindo pico imediatamente após a administração do quimioterápico⁽⁷⁾.

A FRC é um sintoma complexo e angustiante que raramente apresenta-se de forma isolada e pode ser definida como uma sensação subjetiva de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva, relacionada à própria doença ou tratamento, que independe do nível de esforço físico recente, ocasiona alterações na realização das atividades de vida diárias⁽⁸⁾.

Os mecanismos envolvidos na fisiopatologia da FRC são complexos e ainda não foram bem definidos. Porém, acredita-se que os fatores relacionados à sua ocorrência envolvem biomarcadores imunológicos, inflamatórios, metabólicos, neuroendócrinos e genéticos, além do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal⁽⁹⁾. A fadiga também pode ser influenciada pelo tipo e estágio do câncer, modalidade de tratamento, comorbidades associadas, complicações médicas como anemia, interações e efeitos colaterais de outros medicamentos, além de fatores físicos e psicológicos^(4,9).

Diante das alterações provenientes do CCR e do tratamento quimioterápico, que tendem a intensificar a FRC e impactar negativamente na QVRS, torna-se imprescindível a avaliação e monitorização dos pacientes para detecção precoce dessas alterações, por meio de atuação ativa e determinante da enfermagem no planejamento e realização de estratégias, baseadas em evidências, que atendam às necessidades individuais de cada paciente, visando melhorar a QVRS e reduzir o sintoma da fadiga.

Desta forma, este estudo tem como objetivo avaliar a fadiga e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer colorretal em quimioterapia.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado na central de quimioterapia de um hospital de ensino na região do triângulo mineiro, que realiza cerca de 400 atendimentos ambulatoriais mensais nas diversas especialidades oncológicas.

Foi realizada uma amostragem não probabilística, por conveniência, ou seja, foram selecionados a participar do estudo os pacientes adultos diagnosticados com CCR que estavam presentes na central de quimioterapia realizando tratamento ambulatorial, nos dias em que os pesquisadores estavam no local para a realização da coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com o CCR em tratamento quimioterápico ambulatorial, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram excluídos os pacientes que possuíam qualquer dificuldade em responder três entre quatro perguntas: própria idade, dia da semana, do mês e local onde se encontrava, ajustadas de instrumento⁽¹⁰⁾, cuja divergência poderia indicar algum déficit cognitivo, uma vez que suas respostas aos demais instrumentos poderiam ser incompatíveis com a realidade clínica vivenciada.

A coleta de dados ocorreu no período entre janeiro a setembro de 2019. As entrevistas foram realizadas por pesquisadores assistentes (alunos de graduação em enfermagem) em salas privativas. Os discentes compareciam à unidade

duas vezes por semana, no período da manhã, horário de maior concentração de atendimento, então esclareciam e entrevistavam os pacientes que estavam recebendo tratamento quimioterápico ambulatorial naquele determinado dia. Contudo, por se tratar de um recorte de um projeto maior, havia semanas em que não haviam sujeitos com CCR para participar desta pesquisa, e devido ao protocolo quimioterápico utilizado, alguns pacientes se repetiam nos meses seguintes.

Foram utilizados três questionários. O primeiro abrangia questões referentes ao sexo, faixa etária, estado civil, ocupação, nível de escolaridade, diagnóstico, presença ou não de metástase, realização e tipo de cirurgia, realização de radioterapia, protocolo da quimioterapia, visando à caracterização de dados sociodemográficos e clínicos.

O segundo instrumento aplicado foi o *Quality of Life Questionnaire-Core30* (QLQ-C30), validado no Brasil, que avalia a qualidade de vida específica para pacientes com câncer. Ele aborda domínios referentes ao Estado Geral de Saúde/Qualidade de Vida; cinco itens de sintomas: dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, e um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença; três escalas de sintomas: fadiga, dor e náusea e vômito; cinco escalas funcionais: funções física, emocional, cognitiva, social e desempenho de papel⁽¹¹⁾.

É composto por 30 questões, cujas respostas são transformadas em escores em uma escala de classificação de 0 a 100, em consonância às diretrizes do *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*, onde o zero evidencia o pior funcionamento e 100, o melhor funcionamento na escala do Estado Geral de Saúde/Qualidade de Vida (EGS/ QV) e nas escalas funcionais; em contrapartida o item de dificuldade financeira e as escalas e itens de sintomas, o zero, representa nenhum sintoma e o 100 aponta mais sintomas⁽¹¹⁾.

O último instrumento foi a Escala de Fadiga de Piper – revisada, que avalia a intensidade do sintoma fadiga, através da análise de 22 itens quantitativos que compõe três dimensões: comportamental (itens 2 a 7), afetiva (8 a 12) e sensorial/ psicológica (13 a 23). Cada item tem uma pontuação numérica em escala tipo Likert, de 0 a 10. O escore total é calculado pela média de todos os itens do instrumento (2 a 23) e os escores das dimensões são calculados pela média dos itens de cada dimensão, sendo que quanto maior o resultado maior a fadiga⁽¹²⁾.

Para a análise dos resultados, o escore 0 indica ausência de fadiga, escore maior que 0 e menor que 4 relaciona-se a fadiga leve, enquanto que escore igual a 4 e menor que

6 refere-se a fadiga moderada e escore maior e igual a 6 indica fadiga intensa. A partir dessa classificação, adotou-se quatro como nota de corte para discriminar os pacientes considerados fatigados e não-fatigados, de forma que os pacientes classificados sem fadiga foram os que possuíam ausência de fadiga e fadiga leve, já o grupo classificado com fadiga, foram aqueles que apresentaram fadiga moderada e intensa⁽¹²⁾.

Nesta escala, além dos 22 itens fechados, existem cinco questões abertas adicionais (itens 1 e de 24 a 27) que não são computados para o cálculo do escore dos instrumentos⁽¹²⁾. Esses itens proporcionam uma avaliação adicional mais qualitativa sobre a fadiga, que não serão abordados neste estudo.

Os dados obtidos foram inseridos em uma planilha eletrônica (*Microsoft Office Excel para Windows*®), através de dupla digitação para conferência dos dados. A análise foi realizada através do *software PSPP* version 1.2.0. Foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e clínicas; e média e desvio padrão para os domínios de QVRS e da fadiga.

Essa pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil – CAAE: 52529116.3.0000.5154 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável, parecer número. 1.715.819. Foi mantido sigilo quanto à identidade dos sujeitos, cuja identificação foi realizada por códigos. Assinado e entregue cópia do Termo de consentimento livre e esclarecido, atendendo a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

■ RESULTADOS

Foram abordados 72 sujeitos com CCR, dos quais três foram excluídos por não atenderam aos critérios, sendo assim, a amostra foi composta por 69 pacientes com CCR, predominando mulheres, acima de 60 anos, casadas, aposentadas e donas de casa, com baixo nível de escolaridade (Tabela 1).

Quanto à procedência, a maioria era da cidade sede da central de quimioterapia (49 – 71,0%), de outras cidades do Triângulo Sul de Minas Gerais (16 – 23,2%), outras cidades de Minas Gerais (3 – 4,4%) e outros estados (4 – 1,4%).

A Tabela 2 apresenta os dados clínicos, a maioria não tinha metástase, foi submetido à cirurgia oncológica, sendo a colectomia parcial a mais realizada, e não trataram com radioterapia. Ressalta-se que nem todos os pacientes realizaram tratamento cirúrgico na mesma instituição, desta forma, não foi possível confirmar o tipo de cirurgia a que estes foram submetidos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes em tratamento quimioterápico (n=69). Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2019

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	36	52,2
Masculino	33	47,8
Faixa etária		
18-39 anos	9	13,0
40-59 anos	23	33,3
60-79 anos	30	43,5
>80 anos	7	10,2
Estado Civil		
Casado(a)	37	53,6
Solteiro(a)	16	23,2
Viúvo(a)	8	11,6
Divorciado(a)	8	11,6
Ocupação		
Aposentados	20	29,0
Donas de casa	15	21,7
Ativos	34	49,3
Nível de escolaridade		
Até ensino fundamental completo	47	68,2
Até ensino médio completo	19	27,6
Até ensino superior completo	3	4,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2 – Caracterização clínica dos pacientes em tratamento quimioterápico (n=69). Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2019

Características	n	%
Metástase		
Não	59	85,5
Sim	10	14,5
Realização de cirurgia		
Sim	57	82,6
Não	12	17,4
Tipo de cirurgia		
Colectomia parcial	23	33,3
Tumorectomia	13	18,8
Biópsia	6	8,7
Colectomia total	5	7,3
Não souberam informar	10	14,5
Não realizaram	12	17,4
Realização de radioterapia		
Sim	19	27,5
Não	50	72,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao protocolo de quimioterapia, foram encontrados vários esquemas de medicações, os mais utilizados foram: Fluorouracila + Leucovorin + Oxaliplatina em 25 (36,3%) pacientes; Fluorouracila em 13 (18,8%), Fluorouracila + Leucovorin em 10 (14,5%); Oxaliplatina em três (4,5%); Cisplatina em dois (2,9%); Irinotecano + Fluoracila + Leucovorin em um (1,5%); Irinotecano + Fluorouracila + Leucovorin + Bevacizumab em um (1,5%); Leucovorin + Oxaliplatina em um (1,5%); Paclitaxel + Carboplatina em um (1,5%) paciente. Em 11 (15,9%) sujeitos não foi possível identificar o protocolo de quimioterapia, devido ao não acesso ao prontuário no dia da entrevista.

Quanto a QVRS, a tabela 3 indica a média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30. Os escores do Estado

Geral de Saúde (EGS) e das funções social, física, emocional e desempenho de papel são considerados como satisfatórios (médias entre 50,00 a 70,00), enquanto que a função cognitiva apresentou resultado considerado como bom (média acima de 70,00). Os sintomas mais prevalentes foram perda de apetite, fadiga, dor e insônia.

Com relação à fadiga total, apenas quatro (5,8%) pacientes responderam às 23 questões do tipo Likert, informando o valor/ escore zero, que indica ausência de fadiga. Fadiga leve, moderada e intensa foi informada por 53 (76,8%), seis (8,7%) e seis (8,7%) pacientes, respectivamente. Considerando a nota de corte do instrumento, que considera os pacientes fadigados quando o escore total da fadiga total é ≥ 4 , é possível dizer que 12 (17,4%) sujeitos apresentaram fadiga moderada ou intensa.

A tabela 4 apresenta média e desvio padrão das dimensões que compõem a Escala de Fadiga de Piper – revisada. As médias dos escores da fadiga comportamental, afetiva,

sensorial e total variaram de 1,77 a 3,05, indicando que todas as dimensões da fadiga se encontram com intensidade leve (escores entre 0 e 4).

Tabela 3 – Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2019

Escalas e Sintomas	Média	Desvio Padrão
Estado Geral de Saúde (EGS)	69,31	23,85
Função Cognitiva (FC)	74,18	30,06
Função Social (FS)	69,36	35,10
Função Física (FF)	67,95	29,13
Função Emocional (FE)	58,24	33,45
Desempenho de Papel (DP)	56,53	42,03
Perda de Apetite (PAP)	35,24	41,96
Fadiga (FAD)	28,49	33,45
Dor (dor)	27,97	38,16
Insônia (INS)	27,22	29,26
Náuseas e Vômitos (NAV)	25,03	35,35
Constipação (CON)	12,80	22,17
Dispnéia (DIS)	12,53	26,22
Diarréia (DIA)	8,67	24,64
Dificuldades financeiras (DIF)	6,74	21,03

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 4 – Média e desvio padrão das dimensões da Escala de Fadiga de Piper (revisada). Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2019

Dimensões	Média	Desvio Padrão
Fadiga Comportamental	1,77	2,90
Fadiga Afetiva	2,70	8,36
Fadiga Sensorial	3,05	1,72
Fadiga Total	2,57	2,17

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

■ DISCUSSÃO

A amostra do estudo caracterizou-se pela prevalência de mulheres, acima de 60 anos, casadas, aposentadas e com baixo nível de escolaridade. Esses resultados sociodemográficos coincidem com estudos nacionais⁽¹³⁻¹⁴⁾ e diverge de estudos internacionais cuja maioria dos pacientes com CCR era homem^(7,15-16), com média de 59 (23-75) anos de idade⁽⁷⁾, e maior nível escolar (>12 anos)⁽¹⁵⁾.

Já em relação à QVRS, observa-se que o EGS e as demais funções apresentaram escores com resultados adequados/satisfatórios, tendo a função cognitiva o melhor desempenho e a função emocional o pior, juntamente com o desempenho de papel. Houve predomínio dos sintomas perda de apetite, fadiga, dor e insônia.

Esses resultados são convergentes com o estudo realizado na cidade de São Paulo⁽¹³⁾, que analisou a relação entre os sintomas mais prevalentes do câncer com a QVRS, através do instrumento QLQ-C30, e identificou que o câncer mais prevalente foi o colorretal (49,5%) e os escores do EGS e das funções incluindo o desempenho de papel variaram entre 68,1 a 78,4 (adequado a bom), sendo que a função cognitiva também obteve o maior escore e a função emocional o menor. Ademais, os sintomas fadiga, insônia, dor e perda de apetite também foram os quatro mais predominantes, sendo a fadiga o sintoma com maior intensidade (média 29,2).

Comparativamente a um estudo internacional realizado na Arábia Saudita, identificou-se como resultados satisfatórios o EGS e a função emocional (médias 67,1 e 66,9, respectivamente), enquanto a função social e desempenho de papel tiveram a pontuação mais alta (médias 83,49), consideradas como bons resultados. A insônia foi considerada o sintoma mais angustiante⁽¹⁷⁾.

Uma revisão integrativa sobre QV de pacientes com CCR, identificou na maioria dos estudos, a QV como satisfatória, o domínio social como o mais preservado e os mais afetados foram o psicológico/emocional e o físico⁽¹⁸⁾.

Pesquisa realizada em Petrolina-PE que utilizou o questionário de QV da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) encontrou que os pacientes com CCR avaliaram sua QV de forma positiva, mas a satisfação com a saúde de maneira negativa. O domínio psicológico apresentou o escore mais elevado (76,33) e o domínio social foi o mais afetado (55,10)⁽¹⁴⁾.

Estudo realizado no Japão identificou que as necessidades de suporte não atendidas dos pacientes com CCR em quimioterapia ambulatorial pertenciam ao domínio psicológico e estavam significativamente associadas ao sofrimento psicológico e a QV; sendo que o gênero feminino foi significativamente associado a maiores necessidades de suporte total. Sugerem que intervenções e estratégias para

auxiliar nas necessidades de suporte ao tratamento por parte dos profissionais da saúde podem ajudar a reduzir os sintomas emocionais e consequentemente melhorar a QV⁽¹⁵⁾.

Apesar dos escores satisfatórios encontrados nos domínios de QVRS, pode haver pacientes com as funções e o EGS de regular a insatisfatória; assim como a sintomatologia pode variar de um paciente a outro, principalmente devido a diferentes protocolos de quimioterapia utilizados; como pode ser observada a fadiga mensurada pelo instrumento QLQ-C30 foi uma das mais prevalentes, contudo foi considerada leve pela Escala de Fadiga de Piper-revisada, configurando a amostra como não fatigada.

Isto pode estar associado ao fato do instrumento QLQ-C30 não abordar especificamente e abertamente o sintoma fadiga, mas questiona suas características relacionadas como cansaço, fraqueza e necessidade de repouso⁽¹¹⁾. Desta forma, muitos pacientes não percebiam que estavam sendo indagados em relação à fadiga propriamente dita, enquanto que na Escala de Fadiga de Piper-revisada é específica para esse sintoma e apresenta oportunidade de resposta nula⁽¹²⁾, diferentemente do QLQ-C30.

Muitas vezes, os pacientes relacionavam a fadiga considerando apenas a dimensão física, cuja associação pelo senso comum é mais forte e nem sempre os pacientes falam abertamente desse sintoma, inclusive para os profissionais de saúde, por considerarem a fadiga um sintoma natural da doença, preferindo informar apenas os sintomas que acreditam serem relevantes para sua doença e tratamento; e aqueles que possuem algum tipo de alteração emocional tendem a não divulgarem suas preocupação aos profissionais de saúde⁽¹⁹⁾.

Outro motivo pelo qual os pacientes não relatam a fadiga envolve preocupação em ter o tratamento alterado, não querer incomodar os profissionais, medo de ser identificado como alguém inconveniente que reclama em excesso, além da crença na ausência do tratamento de sua condição⁽⁸⁾.

Além disso, os profissionais de saúde possuem a tendência de diagnosticar e priorizar sintomas com componentes observáveis – náuseas/vômitos e diarreia, por exemplo – e de forma mais tardia, resultando em subestimação da incidência, gravidade e angústia dos sintomas⁽¹⁹⁾.

Os níveis da fadiga oscilam durante o período do tratamento quimioterápico e frequentemente é subnotificada na prática clínica, portanto deve ser avaliada no início, durante e após o tratamento. Estudo realizado em oito hospitais de Toronto, Canadá e em seis de Sydney, Austrália, avaliou a severidade e a duração da fadiga em homens e mulheres com CCR e apontou que a fadiga atingiu o auge imediatamente após a quimioterapia adjuvante e persistiu por até dois anos. A fadiga foi associada à pior QV, sintomas

afetivos e cognitivos; e estes juntamente com presença de comorbidades, quimioterapia e fadiga basal foram preditivos de fadiga a longo prazo⁽⁷⁾.

A dimensão, nesse estudo, com escore mais elevado dentre as que compõem a Escala de Fadiga de Piper-revisada foi a sensorial/psicológica, indicando alterações nos componentes de autopercepção, emocionais e cognitivos que culminam em sentimentos e/ou sensações alteradas nas atividades do cotidiano, condições de ansiedade e/ou depressão, mudanças nas funções mentais – memória, concentração e organização dos pensamentos⁽¹²⁾.

A dimensão afetiva possui valor mais alto no desvio padrão, indicando que um número considerável de pacientes apresentaram uma interpretação ou significado negativo atribuído a FRC, tornando-a mais desagradável, inaceitável, destruidora e anormal. Isso ocorre, principalmente, pelo fato dos indivíduos nunca terem passado por essa experiência anteriormente⁽¹²⁾.

Ressalta-se a importância da detecção precoce do manejo da fadiga durante os estágios do tratamento e sobrevivência de paciente com câncer colorretal e a necessidade dos profissionais de saúde de fornecerem intervenções adequadas para reduzir a fadiga e consequentemente a melhora da qualidade de vida do paciente⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado no Canadá evidenciou o papel da enfermagem, no qual enfermeiras especialistas em oncologia realizaram um programa de intervenções padronizadas para atender às necessidades em um grupo de pacientes com câncer colorretal e de mama e compararam com um grupo controle que recebeu cuidados usuais, e encontrou que apesar de não haver diferenças significativas, houve uma melhora em relação às necessidades não atendidas e QV para o grupo que recebeu a intervenção⁽²⁰⁾. Sendo assim, salientamos o papel essencial do enfermeiro na detecção de necessidades e prioridades a fim de desenvolver estratégias visando aliviar sintomas e auxiliar na melhora da QV destes pacientes.

Como limitações, destaca-se o estudo descritivo e amostragem proposital. O primeiro não permite o acompanhamento dos aspectos e possíveis alterações na QVRS e na FRC no decorrer do tratamento, já que a coleta ocorreu em um único momento do ciclo quimioterápico. A amostra proposital restringe o estudo, visto que os pacientes receberam diferentes protocolos de quimioterapia e a coleta de dados foi realizada em apenas dois dias da semana.

■ CONCLUSÃO

Os escores da QVRS e da FRC evidenciaram uma amostra com qualidade de vida satisfatória e não fatigada. Entretanto,

essa constatação não exclui a necessidade de prevenção e intervenções concisas e eficazes nas dimensões e sintomas mais prevalentes evidenciados. Alterações na QVRS e a presença de FRC nestes pacientes podem impactar negativamente na capacidade de realização de atividades de vida diária em todos os segmentos, além de ocasionar alterações psicoemocionais nas dinâmicas relacionais dos indivíduos e na sua capacidade de tomar decisão.

É essencial que o enfermeiro indague os pacientes a respeito de sintomas subjetivos como a fadiga sensorial e afetiva, estabelecendo uma escuta ativa, empatia e confiança, e ao identificar a presença de FRC e sua influência sobre a QVRS, o profissional poderá realizar um planejamento individual, com intervenções multiprofissionais baseadas em evidências clínicas, que englobe terapias farmacológicas e não farmacológicas, tendo o apoio de familiares e amigos, e avaliação constante de sua eficácia.

Desta forma, o enfermeiro ao visar um adequado manejo e acompanhamento destes sintomas e realizar uma assistência sistematizada e integral ao paciente durante o tratamento quimioterápico, irá contribuir diretamente na assistência prestada, assim como ampliar o conhecimento nas áreas de ensino, pesquisa e gestão do cuidado.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [citado 2020 jul 27]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
2. Pacheco-Pérez LA, Ruiz-González KJ, De-La-Torre-Gómez AC, Guevara-Valtier MC, Rodríguez-Puente LA, Gutiérrez-Valverde JM. Environmental factors and awareness of colorectal cancer in people at familial risk. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3195. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3082.3195>.
3. Peixoto TASM, Peixoto NMSM, Santos CSVB, Pinto CAS, Tronchin DMR. Fatigue self-management strategies in cancer survivors: a systematic literature review. *Referência*. 2016;4(10):113-23. doi: <http://doi.org/10.12707/RIV16023>.
4. Aapro M, Scotte F, Bouillet T, Currow D, Viganò A. A practical approach to fatigue management in colorectal cancer. *Clin Colorectal Cancer*. 2016;16(4):275-85. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2016.04.010>.
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9. doi: [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](http://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k).
6. Mendes LC, Barichello E. Interventions in the management of fatigue and quality of life in patients undergoing chemotherapy: review study. *Cogitare Enferm*. 2019;24(1):e61790. doi: <http://doi.org/10.5380/ce.v24i0.61790>.
7. Vardy JL, Dhillon HM, Pond GR, Renton C, Dodd A, Zhang H, et al. Fatigue in people with localized colorectal cancer who do and do not receive chemotherapy: a longitudinal prospective study. *Ann Oncol*. 2016;27(9):1761-7. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw252>.

8. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart WS, Carpenter KM, Cella D, et al. Cancer-related fatigue, version 2.2015: J Natl Compr Canc Netw. 2015;13(8):1012-39. doi: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2015.0122>.
9. Saligan LN, Olson K, Filler K, Larkin D, Cramp F, Yennurajalingam S, et al. The biology cancer-related fatigue: a review of the literature. Support Care Cancer. 2015;23(8):2461-78. doi: <http://doi.org/10.1007/s00520-015-2763-0>.
10. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975;23(10):433-41. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>.
11. Brabo EP, Paschoal MEM, Biasoli I, Nogueira FE, Gomes MCB, Gomes IP, et al. Brazilian version of the QLQ-LC13 lung cancer module of the European Organization for Research and Treatment of Cancer: preliminary reliability and validity report. Qual Life Res. 2006;15(1):1519-24. doi: <http://doi.org/10.1007/s11136-006-0009-9>.
12. Mota DDCF, Pimenta CAM, Piper BF. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. Support Care Cancer 2009;17(6):645-52. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0518-x>.
13. Salvetti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AM. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180287. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>.
14. Cunha CCC, Sá IRM, Cavalcante JLG, Silva FMI, Lins MAF. Análise da qualidade de vida dos pacientes com neoplasia do cólon no município de Petrolina-PE. Rev Multi Sert. 2019;1(3):343-51. doi: <https://doi.org/10.37115/rms.v1i3.32>.
15. Sakamoto N, Takiguchi S, Komatsu H, Okuyama T, Nakaguchi T, Kubota Y, et al. Supportive care needs and psychological distress and/or quality of life in ambulatory advanced colorectal cancer patients receiving chemotherapy: a cross-sectional study. Jpn J Clin Oncol. 2017;47(12):1157-61. doi: <https://doi.org/10.1093/jjco/hyx152>.
16. Tung HY, Chao TB, Lin YH, Wu SF; Lee HY, Ching CY, et al. Depression, fatigue, and QoL in colorectal cancer patients during and after treatment. West J Nurs Res. 2016;38(7): 893-908. doi: <https://doi.org/10.1177/0193945916630256>.
17. Almutairi KM, Alhelih E, Al-Ajlan AS, Vinluan JM. A cross-sectional assessment of quality of life of colorectal cancer patients in Saudi Arabia. Clin Transl Oncol. 2016;18(2):144-52. doi: <https://doi.org/10.1007/s12094-015-1346-3>.
18. Dominguez RGS, Ferreira TCR, Azevedo LON. Qualidade de vida dos doentes com cancro colorretal: revisão integrativa da literatura. Pensar Enf. 2018 [citado 2021 abr 27]; 22(1):19-45. Disponível em: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/142>.
19. Xiao C, Polomano R, Bruner DW. Comparison between patient-reported and clinician-observed symptoms in oncology. Cancer Nurs. 2013;36(6):E1-E16. doi: <http://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318269040f>.
20. Sussman J, Bainbridge D, Whelan TJ, Brazil K, Parpia S; Wiernikowski J, et al. Evaluation of a specialized oncology nursing supportive care intervention in newly diagnosed breast and colorectal cancer patients following surgery: a cluster randomized trial. Support Care Cancer. 2018;26(5):1533-41. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3981-4>.

■ **Agradecimentos:**

Em memória de Viviane Aparecida da Silva, que colaborou efetivamente na curadoria e validação dos dados desta pesquisa.

■ **Contribuição de autoria:**

Administração de projeto: Adriana Cristina Nicolussi.

Análise formal: Adriana Cristina Nicolussi.

Conceituação: Rafaela Costa Silva, Adriana Cristina Nicolussi.

Curadoria de dados: Rafaela Costa Silva, Michele Carla Gonçalves, Amanda Silva Mendes.

Escrita – rascunho original: Rafaela Costa Silva

Escrita – revisão e edição: Adriana Cristina Nicolussi.

Investigação: Rafaela Costa Silva, Michele Carla Gonçalves, Amanda Silva Mendes, Mariana Rosa Ribeiro Cardoso.

Metodologia: Adriana Cristina Nicolussi.

Recursos: Adriana Cristina Nicolussi.

Software: Adriana Cristina Nicolussi.

Supervisão: Adriana Cristina Nicolussi.

Validação: Rafaela Costa Silva, Michele Carla Gonçalves, Amanda Silva Mendes.

Visualização: Rafaela Costa Silva, Michele Carla Gonçalves, Amanda Silva Mendes, Mariana Rosa Ribeiro Cardoso, Adriana Cristina Nicolussi.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor Correspondente:**

Adriana Cristina Nicolussi

E-mail: drinicolussi@yahoo.com.br

Recebido: 17.05.2021

Aprovado: 16.05.2022

Editor associado:

Cecília Helena Glanzner

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti