

Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama*Prevalence of depression and fatigue in a group of women with breast cancer**Prevalencia de depresión y fatiga en un grupo de mujeres con cáncer de mama*

Marislei Sanches Panobianco¹, Paola Alexandria Pinto de Magalhães², Cristiane Regina Soares³,
Barbara Alexandre Lespinassi Sampaio⁴, Ana Maria de Almeida⁵, Thais de Oliveira Gozzo⁶

RESUMO

Estudo transversal cujo objetivo foi identificar e avaliar a ocorrência de sintomas depressivos e de fadiga entre mulheres com até um ano de tratamento com radioterapia e/ou quimioterapia para o câncer de mama. Utilizou-se um instrumento com dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos. Para a avaliação da depressão foi aplicado Inventário de Depressão de Beck (BDI) e para a fadiga o Fatigue Questionnaire. Incluímos 31 mulheres atendidas em um núcleo de reabilitação de mastectomizadas. Os resultados mostram que 87,1% das mulheres apresentaram cansaço nas pernas, como sintoma de mal-estar relacionado à fadiga consequente ao tratamento. Em relação aos sintomas depressivos, 41,9% delas manifestaram sintomas entre leve e moderado. Os resultados apontam para a necessidade de abordagem e de condutas para o manejo dos sintomas depressivos e fadiga, além de auxiliar os profissionais da saúde a identificar as necessidades dos clientes e a desenvolver estratégias adequadas para o cuidado individualizado.

Descritores: Neoplasias da Mama; Fadiga; Depressão.

ABSTRACT

The objective of this cross-sectional study was to identify and evaluate the occurrence of symptoms of depression and fatigue in women undergoing radiotherapy and/or chemotherapy for breast cancer for one year or less. An instrument was used to collect the sociodemographic, clinical and therapeutic data. Depression was assessed using Beck's Depression Inventory (BDI), and the Fatigue Questionnaire was used to evaluate levels of fatigue. The participants were 31 women who were attending a rehabilitation center for mastectomy patients. Results show that 87.1% of the women report experiencing weakness of their legs as a symptom of fatigue-related malaise related to the treatment. Regarding depression symptoms, 41.9% reported experiencing mild to moderate symptoms. Results point to the need to develop approaches to manage symptoms of depression and fatigue, in addition to helping health professionals to identify their clients' needs and develop suitable strategies for individualized care.

Descriptors: Breast Neoplasms; Fatigue; Depression.

RESUMEN

Estudio transversal que objetivó identificar y evaluar la ocurrencia de síntomas depresivos y fatiga entre mujeres con hasta un año de tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia para cáncer de mama. Se utilizó instrumento con datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos. Se aplicó Inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluación de depresión, y Fatigue Questionnaire para evaluación de fatiga. Incluimos 31 mujeres atendidas en núcleo de rehabilitación de mastectomizadas. Los resultados demuestran que 87,1% de las mujeres presentan cansancio en las piernas, como síntoma de malestar relacionado a la fatiga consecuente del tratamiento. Respecto a los síntomas depresivos, 41,9% de ellas manifestaron sintomatología de leve a moderada. Los resultados demuestran la necesidad de abordaje y conductas para el manejo de síntomas depresivos y fatiga, además de ayudar a los profesionales de salud a identificar las necesidades de las pacientes y desarrollar estrategias adecuadas para el cuidado personalizado.

Descriptor: Neoplasias de la Mama; Fatiga; Depresión.

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Doutora de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: marislei@eerp.usp.br.

² Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, nível Doutorado, da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: paolaalexandria@yahoo.com.br.

³ Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: crissoares31@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, nível Mestrado, da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: barbara.sampaio@usp.br.

⁵ Enfermeira, Doutorado em Enfermagem. Professora Associada da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: amalmeid@eerp.usp.br.

⁶ Enfermeira, Doutorado em Enfermagem. Professora Doutora da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: thaisog@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem afetar a saúde física e emocional das mulheres. Diversos fatores estão associados ao desencadeamento de estresse psicossocial e físico, entre eles: cirurgia, tratamentos coadjuvantes, medo de recorrência da doença e da morte, mudanças no corpo, redução da feminilidade e da sexualidade⁽¹⁾.

A fadiga e sintomas depressivos são descritos na literatura como frequente causa de angústia e sofrimento, com prejuízos à qualidade de vida em clientes oncológicos. Esses efeitos podem se manifestar em diferentes intensidades e severidade nas mulheres com câncer de mama durante as diversas fases do tratamento ou ainda se manterem após a finalização do mesmo⁽²⁾.

Dessa forma, a fadiga pode ser definida como um sintoma multidimensional, uma sensação persistente, subjetiva de cansaço ou esgotamento. Sua expressão envolve aspectos físicos, cognitivos e emocionais, e devido ao câncer e ao seu tratamento interfere no desempenho das atividades usuais. Vale ressaltar que esse sintoma pode ser um fator limitante da vida e das atividades cotidianas para os portadores de câncer. Sua frequência aumenta significativamente durante a quimioterapia e radioterapia, inclusive após o seu término, e está presente nas fases mais avançadas da doença⁽²⁻³⁾.

Sendo assim, a literatura demonstra relatos de sensação de fadiga por 70% a 100% dos clientes que recebem drogas quimioterápicas, radioterapia, transplante de medula óssea ou de células-tronco periféricas e modificadores da resposta biológica⁽³⁻⁴⁾, e confirma que a fadiga causa substancial impacto funcional e psicológico, sendo raramente discutida e tratada⁽⁴⁾.

Em relação à depressão, esta pode ser definida como um transtorno afetivo de humor, caracterizado por alteração psíquica e orgânica global, por um período mínimo de duas semanas, envolvendo episódios depressivos e pelo menos quatro dos seguintes sintomas: queixas de tristeza, desesperança, perda de prazer generalizada, perda de apetite, perturbações do sono, alterações psicomotoras, diminuição de energia, sentimentos de desvalia ou culpa e pensamentos suicidas⁽⁵⁾. Dessa forma, indivíduos deprimidos

apresentam sintomas físicos exacerbados, prejuízo funcional, menor adesão aos tratamentos, diminuição dos comportamentos de autocuidado, piora da qualidade de vida além de pior prognóstico, com maiores índices de morbidades e mortalidade⁽⁶⁾.

Os sintomas depressivos são comumente identificados em pacientes oncológicos, podendo ser uma consequência de uma doença que ameace a vida, uma complicação da doença ou de seu tratamento, e na maioria das vezes, são subestimados⁽¹⁾.

A depressão é comprovadamente a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento⁽¹⁾. Entre as mulheres com câncer de mama, a prevalência de sintomas depressivos se mostra divergente em diferentes estudos e varia de acordo com a característica da população e com o tipo de instrumento utilizado para avaliá-la⁽⁷⁾.

Nessas mulheres, a depressão e a fadiga podem ocorrer concomitantemente e afetar diretamente sua qualidade de vida. Um estudo de revisão da literatura salientou que a angústia psicológica em pacientes com câncer de mama é comumente relacionada com depressão, ansiedade e baixa função emocional, e a maioria dos estudos revisados mostrou que a angústia psicológica contribui para diminuição da qualidade de vida especialmente na função emocional, social, saúde mental e qualidade de vida global⁽⁸⁾.

Portanto, a identificação e avaliação da fadiga e dos sintomas depressivos devem ser amplamente realizadas, para o reconhecimento dos efeitos adversos dos tratamentos a que são submetidas mulheres com câncer de mama, especialmente da quimioterapia e da radioterapia, no sentido de auxiliar os profissionais da saúde a identificar as necessidades dos clientes e de seus familiares e a desenvolver estratégias adequadas para o cuidado individualizado.

Este estudo teve como objetivo identificar e avaliar a ocorrência de sintomas depressivos e de fadiga entre mulheres com até um ano de tratamento com radioterapia e/ou quimioterapia para o câncer de mama.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em um núcleo de reabilitação de mastectomizadas do interior de São

Paulo, no período de janeiro a julho de 2008. Neste serviço são atendidas mulheres que tiveram câncer de mama, bem como as que ainda estão em tratamento, ou com recidiva/metástases da doença, porém a maioria das participantes já foi submetida à cirurgia para o tratamento da doença. No presente estudo, a amostra foi composta por 31 mulheres atendidas por esse serviço, em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, ou que tivessem terminado estes tratamentos há, no máximo, um ano. Os critérios de exclusão da amostra foram: incapacidade de responder ao questionário; apresentar doença ativa no momento; e apresentar metástases diagnosticadas.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (protocolo nº 0791/2007), conforme recomenda a lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde CNS, sobre pesquisas com seres humanos, foram selecionadas as mulheres que preenchiam os critérios para inclusão e não preenchiam os critérios de exclusão na amostra, por meio do prontuário individual de atendimento do serviço de reabilitação. Essas mulheres foram convidadas a participar do estudo, nos dias e horários de atendimento do núcleo de reabilitação e por telefone. Após esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, foi documentado o interesse em participar, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos dias em que elas compareceram no serviço. O TCLE foi elaborado em duas vias, ficando uma com a mulher pesquisada e uma com as pesquisadoras.

Para a coleta de dados, realizada nos dias e horários de funcionamento do núcleo de reabilitação, foi utilizado um instrumento com dados sociodemográficos, clínicos e terapêuticos, o Inventário de Depressão de Beck e o Fatigue Questionnaire, proposto por Yoshitake. Os dados pessoais foram retirados dos prontuários e fichas de atendimento do serviço. Os demais instrumentos foram aplicados por uma das pesquisadoras em local reservado, a fim de preservar a privacidade das mulheres que fizeram parte da amostra.

A data da cirurgia, assim como a realização de tratamento de quimioterapia e radioterapia, e o tempo (em meses) de cada um dos tratamentos estavam expressos no questionário sobre fadiga.

O Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory"-BDI)⁽⁹⁾ consiste de 21 itens, cuja

intensidade varia de zero a três. Para responder ao questionário, os sujeitos são orientados a levar em conta a última semana, incluindo o dia de aplicação do mesmo. Para análise das respostas, existem diferentes propostas de pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI, e a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para este estudo foram utilizados os pontos de corte propostos pelo "Center for Cognitive Therapy"⁽¹⁰⁾ que recomenda: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave.

O instrumento proposto por Yoshitake (Fatigue Questionnaire) investiga a presença da fadiga por meio de perguntas, utilizando os termos mal-estar, cansaço mental e sensações específicas de cansaço. Possui questões fechadas e semi-abertas, é de fácil aplicação, o que facilitou o entendimento das questões pelas mulheres pesquisadas, e foi utilizado no Brasil em pacientes laringectomizados⁽¹¹⁾, com resultados satisfatórios.

Para a análise dos dados foi realizada estatística descritiva e os instrumentos para avaliação da fadiga e depressão foram analisados conforme orientação dos autores.

RESULTADOS

Foram incluídas 31 mulheres, sendo que a maioria delas (74,2%) apresentava idade maior que 45 anos; 61,3% eram casadas; 45,1% não haviam concluído o ensino fundamental; 67,7% exerciam alguma atividade remunerada e 58,1% delas eram católicas (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das mulheres, segundo idade, estado civil, escolaridade, ocupação e religião (n=31). Ribeirão Preto, SP, 2008.

	Variável	N	%
Idade	30 a 45 anos	8	25,8
	46 a 60 anos	12	38,7
	Acima de 61 anos	11	35,5
Estado civil	Solteira	4	12,9
	Casada	19	61,3
	Viúva	5	16,1
	Divorciada	3	9,7
Escolaridade	Analfabeta	1	3,2
	Fundamental incompleto	13	41,9
	Fundamental completo	2	6,4
	Médio incompleto	3	9,7
	Médio completo	6	19,4
Ocupação	Superior completo	6	19,4
	Remunerada	21	67,7
	Não remunerada	10	32,3
Religião	Católica	18	58,1
	Evangélica	9	29
	Espírita	3	9,7
	Não tem	1	3,2

Quanto ao tratamento realizado, todas as mulheres foram submetidas ao procedimento cirúrgico, e até o momento da entrevista, 48,4% delas haviam efetuado a cirurgia no período de um a quatro meses; 19,3%, de cinco a oito meses; 22,5% mulheres, de nove a 12 meses e 29% tinham mais de 12 meses de realização da cirurgia (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das mulheres, segundo tempo de cirurgia, realização de quimioterapia e radioterapia, tempo de quimioterapia e tempo de radioterapia até a data da entrevista, uso de medicamentos e tipos de medicamentos utilizados (n=31). Ribeirão Preto, SP, 2008.

Variável	N	%	
Tempo de cirurgia	1 a 4 meses	9	29,0
	5 a 8 meses	6	19,4
	9 a 12 meses	7	22,6
	Acima de 12 meses	9	29,0
Quimioterapia	Sim	26	83,9
	Não	5	16,1
Tempo de tratamento com Quimioterapia	0 a 60 dias	10	38,5
	61 a 120 dias	2	7,7
	121 a 180 dias	2	7,7
	Mais de 180 dias	12	46,1
Radioterapia	Sim	21	67,7
	Não	10	32,3
Tempo de tratamento com Radioterapia	1 a 60 dias	9	42,8
	61 a 120 dias	3	14,3
	121 a 180 dias	1	4,8
	Mais de 180 dias	8	38,1
Fazia uso de algum medicamento	Sim	27	87,1
	Não	4	12,9
Medicamento	Anti-hipertensivo	8	29,6
	Antidepressivo	7	22,6
	Antidiabético	2	7,4
	Outros	6	19,4

Em relação aos tratamentos, a quimioterapia foi realizada por 83,9% das participantes e 67,7% receberam a radioterapia. O tempo entre o final dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia até o dia da entrevista está apresentado na Tabela 2.

Entre as participantes, 87% faziam uso de alguma medicação para tratamento de comorbidades, sendo que 22,6% delas estavam utilizando antidepressivos (Tabela 2).

Os resultados da aplicação do Inventário de Depressão de Beck mostraram que nove (29,1%) mulheres apresentaram sintomas de depressão leve ou não manifestaram os sintomas; 13 (41,9%) apresentaram sintomas de depressão de leve a moderada; sete (22,6%) delas os sintomas permaneceram entre moderado a grave; e duas (6,4%) delas apresentaram sintomas de depressão grave. As duas participantes com sintomas de depressão grave realizavam tratamento para depressão.

Com relação à fadiga, foi possível identificar entre as entrevistas, sintomas de mal-estar geral, sendo que 87,1% das mulheres incluídas apresentaram cansaço nas pernas; 71% delas cansaço no corpo todo; 71% delas o

desejo de deitar-se durante o dia; e 48,4% referiram torpor (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das mulheres, segundo os sintomas gerais de mal estar, cansaço mental e sintomas específicos de mal-estar a partir da aplicação do Questionário de Fadiga (n=31). Ribeirão Preto, SP, 2008.

	Frequência			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sintomas gerais de mal-estar				
1. Sensação de peso na cabeça	11	35,5	20	64,5
2. Sensação de cansaço no corpo todo	22	71,0	9	29,0
3. Sensação de cansaço nas pernas	27	87,1	4	12,9
4. Bocejo	14	45,2	17	54,8
5. Sensação de cérebro quente	11	35,5	20	64,5
6. Torpor	15	48,4	16	51,6
7. Cansaço nos olhos	15	48,4	16	51,6
8. Movimentos tornam-se duros e desajeitados	12	38,7	19	61,3
9. Sensação de instabilidade ao ficar parado	12	38,7	19	61,3
10. Desejo de deitar-se	22	71,0	9	29,0
Cansaço mental				
11. Sensação de dificuldade em pensar	13	41,9	18	58,1
12. Cansaço ao falar	10	32,3	21	67,7
13. Nervosismo	23	74,2	8	25,8
14. Incapacidade de concentração	13	41,9	18	58,1
15. Incapacidade de se interessar em pensamento	7	22,6	24	77,4
16. Esquecer-se com facilidade	20	64,5	11	35,5
17. Falta de autoconfiança	11	35,5	20	64,5
18. Ansiedade constante	24	77,4	7	22,6
19. Incapacidade de ficar ereto	15	48,4	16	51,6
20. Sem paciência	20	64,5	11	35,5
Sintomas específicos de mal-estar				
21. Dor de cabeça	16	51,6	15	48,4
22. Rigidez nos ombros	16	51,6	15	48,4
23. Dor na barriga	9	29,0	22	71,0
24. Falta de ar	10	32,3	21	67,7
25. Sede	20	64,5	11	35,5
26. Voz rouca	10	32,3	21	67,7
27. Tontura	18	58,1	13	41,9
28. Tremores nas pálpebras	15	48,4	16	51,6
29. Tremores nos membros	8	25,8	23	74,2
30. Sensação de estar doente	14	45,2	17	54,8

A Tabela 3 apresenta os sintomas gerais de mal-estar, cansaço mental e sintomas específicos de mal-estar, destacando que as mulheres realizavam o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico ou haviam finalizado estes tratamentos no máximo há um ano.

Quanto à justificativa para a ocorrência da fadiga, 14 (45,2%) mulheres atribuíram os sintomas de cansaço à cirurgia; 13 (41,9%) à radioterapia; e 20 (64,5%) delas relacionaram à quimioterapia. Entre 24 (77,4%) participantes os sintomas de cansaço foram atribuídos à preocupação (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição das mulheres, segundo as que atribuem os sintomas de cansaço e aos métodos utilizados para aliviar os sintomas de cansaço, a partir da aplicação do Questionário de Fadiga (n=31). Ribeirão Preto, SP, 2008.

	Frequência			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Atribui sintomas de cansaço				
Preocupação	24	77,4	7	22,6
Ansiedade	23	74,2	8	25,8
Quimioterapia	20	64,5	11	35,5
Tensão Emocional	19	61,3	12	38,7
Depressão	17	54,8	14	45,2
Estresse	16	51,6	15	48,4
Cirurgia	14	45,2	18	54,8
Radioterapia	13	41,9	18	58,1
Rotinas diárias	10	32,3	21	67,7
Trabalho	6	19,4	25	80,6
Métodos para aliviar os sintomas de cansaço				
Sentar-se/Deitar-se	26	83,9	5	16,1
Andar/Exercícios	23	74,2	8	25,8
Distração	18	58,1	13	41,9
Repouso	17	54,8	14	45,2
Sono	15	48,4	16	51,6
Relaxamento	12	38,7	19	61,3
Leitura	11	35,5	20	64,5
Alimentação	7	22,6	24	77,4
Outras atividades	5	16,1	26	83,9

As estratégias utilizadas pelas mulheres para aliviar tais sintomas foram: 26 (83,9%) referiram que sentam-se ou deitam-se em algum período do dia e 23 (74,2%) relatam que caminham ou fazem algum tipo de exercício (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados da aplicação dos instrumentos para avaliar a presença de sintomas depressivos e de fadiga apontaram para a maioria das participantes do estudo, a presença de sintomas depressivos com intensidade de leve a moderada, assim como a identificação de cansaço nas pernas e no corpo. Elas também atribuíram a causa da fadiga ao tratamento com quimioterapia e a preocupações em geral, e relataram melhora dos sintomas quando sentavam ou se deitavam, em algum período do dia.

Nesse sentido, na prática clínica a fadiga aparece como um dos eventos adversos mais relatados pelos pacientes oncológicos, em qualquer estágio da doença. É altamente prevalente, e pode acometer até 94% destes pacientes, sendo que sua frequência aumenta

significativamente durante a quimioterapia e a radioterapia⁽²⁾.

Corroborando com os resultados encontrados, outro estudo constatou que as mulheres com câncer de mama relataram fadiga, diminuição da resistência, depressão e má qualidade do sono ao longo e após o tratamento quimioterápico, o que afetou a qualidade de vida⁽¹²⁾.

Observou-se, na presente investigação que 64,5% das mulheres entrevistadas apresentaram algum sintoma físico de fadiga, e 77,4% apresentaram sintomas de fadiga mental. Em concordância com estes dados, estudo prospectivo realizado na Califórnia com 76 mulheres com câncer de mama, que foram avaliadas quanto à fadiga e à depressão antes do início do tratamento quimioterápico e em seis momentos durante a realização do mesmo, mostrou que todas as mulheres apresentaram maior fadiga e mais sintomas depressivos durante o tratamento quimioterápico, baseado na avaliação inicial. Porém, aquelas que apresentaram algum sintoma de fadiga e depressão antes do início do tratamento, continuaram com piores sintomas,

comparadas com as que apresentaram menor ocorrência de fadiga e depressão inicialmente⁽¹³⁾.

Vários sintomas, como fadiga e depressão, apresentam-se, em sua maioria, associados e correlacionados durante os tratamentos adjuvantes ou neoadjuvantes para o câncer de mama e podem permanecer entre as sobreviventes, proporcionando piora da qualidade de vida⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Estudo realizado em dois hospitais de São Paulo com 182 mulheres com câncer de mama mostrou a presença de fadiga entre moderada e intensa naquelas participantes que apresentaram maior intensidade de dor, quando comparadas às com fadiga leve⁽¹⁴⁾. Isso aponta para a possibilidade de que além da presença de depressão, a fadiga pode, também, potencializar a presença de outros eventos adversos como a dor, relatado pontualmente por alguns participantes do presente estudo.

Segundo um estudo transversal realizado na Coreia, com 1933 sobreviventes do câncer de mama e com a utilização das escalas Brief Fatigue Inventory (BFI) e Beck Depression Inventory (BDI), a ocorrência de fadiga e depressão aconteceu em 21,9% delas, somente a fadiga em 43,2%, os sintomas de depressão em 3% das mulheres e 31,9% delas não apresentaram fadiga e nem depressão. A ocorrência de fadiga, nessa pesquisa, foi um sintoma prevalente, e quando associado com os sintomas depressivos, mostrou-se mais presente, do que entre as mulheres que manifestaram somente sintomas depressivos⁽¹²⁾.

Um estudo brasileiro, transversal e realizado com 154 pacientes com câncer primário de colón e reto apresentou correlação entre fadiga e depressão positiva, moderada e estatisticamente significativa, sendo que dos doentes com depressão, 64% relataram fadiga intensa e entre os doentes com fadiga intensa, 46,7% apresentaram depressão. Esse estudo demonstra que pode haver uma correlação entre fadiga e depressão⁽⁵⁾.

Ao demonstrar a ocorrência e prevalência de fadiga e dos sintomas de depressão, entre as mulheres com câncer de mama durante ou após os tratamentos, salienta-se a importância da equipe de saúde em identificar, diagnosticar, planejar, intervir e avaliar as mulheres com o risco aumentado de desenvolver tais sintomas. As pesquisas também relatam a importância das avaliações baseadas em estratégias para o manejo e

intervenções específicas durante, ou após os tratamentos, para minimizar a ocorrência desses eventos adversos⁽¹²⁾.

As participantes deste estudo destacaram o exercício físico e o descanso, como estratégia de alívio da severidade da fadiga e para melhoria da qualidade de vida. Corroboram com estas observações, pesquisas experimentais que sugerem a utilização de estratégias, relaxamento, melhora na qualidade do sono e a realização de exercícios de resistência ou aeróbicos, como intervenções, na assistência das mulheres com câncer de mama durante ou após o tratamento quimioterápico, para minimizar a fadiga^(5,14).

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a identificação da fadiga e de depressão em mulheres com câncer de mama que frequentam um grupo de reabilitação. Os resultados evidenciam que todas as participantes apresentaram fadiga consequente ao tratamento, porém relataram que o repouso e o exercício físico ajudam na melhora dos sintomas. Apesar de diversos sinais e sintomas de fadiga se confundirem com os de depressão, a maioria das participantes manifestou sintomas entre leve e moderado.

A avaliação da fadiga tem sido amplamente utilizada para o reconhecimento dos efeitos adversos do tratamento quimioterápico. Os resultados destes estudos apontam para a necessidade de abordagem e de condutas para o manejo dos sintomas, além de auxiliar os profissionais da saúde a identificar as necessidades dos clientes e a desenvolver estratégias adequadas para o cuidado individualizado.

Na atuação com pacientes oncológicos, a enfermeira se depara com diversas situações traumáticas e depressivas, como alterações nos estados funcionais, mudanças de comportamento e cirurgias mutiladoras. Além disso, deve deter conhecimento técnico e científico específico e essencial à prática, estando atenta à imprevisibilidade e na monitorização dos eventos adversos comuns ao tratamento, suas consequências para o paciente, sejam sobre seu desempenho físico, social ou emocional.

Apesar da limitação da amostra o presente estudo aponta para a importância de os profissionais de saúde avaliarem os sintomas de fadiga e depressão entre

mulheres com câncer de mama em tratamento, e os instrumentos já validados são de fácil aplicação e permitem seu uso na prática clínica.

Além disso, os dados desta pesquisa fornecem subsídios para os profissionais da saúde e pesquisadores identificarem e planejarem estratégias adequadas, tanto na prática clínica quanto em futuras pesquisas, para

atenderem às necessidades relacionadas à fadiga e aos sintomas de depressão apresentadas pelas mulheres com câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Cangusso RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – Short Form. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2010 [cited 2012 sep 30];59(2):106-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000200005>.
2. Escalante CP, Manzullo EF. Cancer-related fatigue: the approach and treatment. *J Gen Intern Med.* 2009;24 Suppl 2:S412-6.
3. Stone PC, Minton O. Cancer-related fatigue. *Eur J Cancer.* 2008;44(8):1097-104.
4. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cancer-Related Fatigue. Version 1.2010. Washington: National Comprehensive Cancer Network; 2010.
5. Santos J, Mota DDCF, Pimenta CAM. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2012 sep 30];43(4):909-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400024>.
6. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res.* 2008;27:32.
7. Christensen S, Zachariae R, Jensen AB, Vaeth M, Møller S, Ravensbaek J et al. Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2009;113(2):339-55.
8. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 [cited 2012 sep 30];12(3):554-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6957>.
9. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Rev. psiquiatr. clín.* 1998;25(5):245-50.
10. Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S et al. Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: prevalence, correlates, and association with quality of life. *J Pain Symptom Manage.* 2008;35(6):644-55.
11. Yoshitake H. Three Characteristic Patterns of Subjective Fatigue Symptoms. *Ergonomics* [Internet]. 1978 [cited 2012 sep 30];21(3):231-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/00140137808931718>.
12. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M et al. The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. *Oncol Nurs Forum.* 2009;36(4):E205-14.
13. Liu L, Fiorentino L, Natarajan L, Parker BA, Mills PJ, Sadler GR et al. Pre-treatment symptom cluster in breast cancer patients is associated with worse sleep, fatigue and depression during chemotherapy. *Psychooncology.* 2009;18(2):187-94.
14. Lamino DA, Mota DDCF, Pimenta CAM. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2001 [cited 2012 sep 30];45(2):508-514. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200029>.

Artigo recebido em 19/05/2011.

Aprovado para publicação em 03/02/2012.

Artigo publicado em 30/09/2012.