

# Spiritual dimension of pain and suffering control of advanced cancer patient. Case report\*

*Dimensão espiritual no controle da dor e sofrimento do paciente com câncer avançado. Relato de caso*

Jocilene Oliveira da Silva<sup>1</sup>, Vânia Maria Cavalcante de Araújo<sup>1</sup>, Bárbara Guimarães de Melo Cardoso<sup>2</sup>, Mirlane Guimarães de Melo Cardoso<sup>3</sup>

\*Recebido da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

DOI 10.5935/1806-0013.20150014

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Spiritual pain and suffering are commonly experienced by advanced cancer patients and their relatives. Spirituality is a natural and individual phenomenon encompassing human needs and a sound belief in its transforming potential. This study aimed at showing the integration of the spiritual dimension to the health-disease binomial.

**CASE REPORT:** Female patient, 43 years old, evangelical, referred to the Pain Ambulatory of the Pain Therapy and Palliative Care Service, Foundation Oncology Control Center, with advanced pancreas cancer, refractory to anti-tumor treatments. Patient had nociceptive visceral pain difficult to control in upper abdomen associated to substantial ascites, upper limbs edema and dyspnea. She was living a spiritual conflict and was discouraged with faith, evolving with severe disabling pain episodes which were related to anguish, sadness and fear of past mistakes linked to occultic practices (Afro religion). With these symptoms, she started to be evaluated at home by the multiprofessional team, including the chaplain. Gradually with spiritual intervention, pharmacological handling of pain, initially difficult to control, was helped and totally controlled at the end of her life.

**CONCLUSION:** This case shows the importance of recognizing the spiritual dimension during adequate total pain evaluation, in cases refractory to pharmacological treatment. It also stresses the spiritual dimension as a factor intensifying pain and suffering during finitude.

**Keywords:** Pain, Palliative care, Spirituality.

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A dor espiritual e o sofrimento são comumente experimentados por pacientes com câncer avançado e por seus familiares. A espiritualidade é um fenômeno natural e individual que engloba as necessidades humanas e sólida crença no potencial transformador. O objetivo deste estudo foi demonstrar a integração da dimensão espiritual ao binômio saúde-doença.

**RELATO DO CASO:** Paciente do gênero feminino, 43 anos, evangélica, encaminhada ao Ambulatório da Dor do Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos da Fundação Centro de Controle de Oncologia com diagnóstico de câncer de pâncreas avançado, refratário aos tratamentos antitumorais. Apresentava dor nociceptiva visceral em abdômen superior de difícil controle associada a ascite volumosa, edema em membros inferiores e dispneia. Vivenciava conflito espiritual e desânimo na fé, evoluindo com episódios de dores intensas incapacitantes que foram relacionadas a angústia, tristeza e medo dos erros do passado ligados a práticas ocultistas (religião afro). Com esse quadro, passou a ser acompanhada no seu domicílio pela equipe multiprofissional que incluía a capelã. Gradativamente com a intervenção espiritual o manuseio farmacológico da dor, inicialmente de difícil controle, foi facilitado e totalmente controlado no final da vida.

**CONCLUSÃO:** O caso retratou importância do reconhecimento da dimensão espiritual na avaliação adequada da dor total, nos casos refratários ao tratamento farmacológico. Destaca ainda a dimensão espiritual como fator intensificador da dor e do sofrimento na finitude.

**Descritores:** Cuidados paliativos, Dor, Espiritualidade.

## INTRODUÇÃO

A incidência do adenocarcinoma ductal pancreático em homens é de 13,6 por 100.000 e em mulheres é de 10,7 por 100.000 nos Estados Unidos. No Brasil, é responsável por cerca de 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados e por 4% do total de mortes por essa doença. Sua taxa de sobrevivência em 5 anos é inferior a 5%. Este mau prognóstico é principalmente devido a invasão e metástase precoce, conduzindo a um diagnóstico numa fase avançada e incurável na maioria dos pacientes. Atualmente, o único tratamento potencialmente curativo é a ressecção cirúrgica radical, pois quimioterapia

1. Fundação Centro de Controle de Oncologia, Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos, Manaus, AM, Brasil.

2. Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Medicina, Bolsista de Projeto de Extensão, Manaus, AM, Brasil.

3. Fundação Centro de Controle de Oncologia Médica, Serviço de Dor e Medicina Paliativa, Manaus, AM, Brasil.

Apresentado em 18 de novembro de 2014.

Aceito para publicação em 12 de fevereiro de 2015.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

### Endereço para correspondência:

Jocilene Oliveira da Silva  
Rua Francisco Orellana, 215 – Bairro Planalto  
69040-010 Manaus, AM, Brasil.  
E-mail: jocileneoliveira@live.com

e radioterapia apresentam efeitos limitados. Quando o tumor está avançado, um alerta comum é a dor de intensidade crescente na região dorsal associada progressivamente a um comportamento doloroso e sofrimento físico e espiritual intenso<sup>1,2</sup>. Diante do paciente que vivencia a situação de terminalidade, os profissionais valorizam não só o aspecto físico alterado, como o controle de dor e de outros sintomas, mas também outras dimensões que compõem a totalidade do ser humano, e que emergem intensamente na situação de sofrimento e morte, como as dimensões psicológicas, sociais e espirituais. Segundo Saporetti<sup>3</sup>, a espiritualidade denomina uma qualidade do indivíduo cuja vida interior é orientada para Deus, o sobrenatural ou o sagrado que se move para além da ciência e da religião instituída. Sendo assim, a espiritualidade tem sua importância, pois é quem fortalece e conforta o indivíduo, podendo tornar-se uma preocupação maior do que a morte que se aproxima<sup>4,5</sup>. Pacientes com câncer avançado frequentemente enfrentam sofrimento físico, social e manifestações depressivas, bem como a dor espiritual no contexto dos cuidados paliativos. Compreender a estrutura espiritual do paciente e da família pode ajudar a assegurar que a dor e o sofrimento, vivenciados por ambos, possam ser controlados, reafirmando a vida e considerando a morte como processo natural sem acelerar ou postergá-lo<sup>6,7</sup>.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi demonstrar a integração dos aspectos espirituais na manifestação da sensação dolorosa, e consequentemente a sua influência no controle da dor e do sofrimento de uma paciente com câncer avançado, por meio da assistência da equipe multiprofissional do Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos da Fundação CECON- centro de referência no tratamento do câncer da Amazônia Ocidental, destacando aqui a atuação da capelã.

## RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 43 anos, amazonense, solteira, cozinheira, evangélica, com antecedentes de várias entradas em serviços de urgência de Manaus, foi encaminhada em outubro de 2012 para avaliação especializada no serviço de cirurgia abdominal da FCECON. No exame inicial apresentava abdômen aumentado, flácido, doloroso à palpação em mesogástrio e hipocôndrio direito, sem massa palpável, mas com exames de imagem sugestivos de lesão tumoral em topografia pancreática. Foi submetida a laparotomia exploradora em dezembro de 2012 com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de ducto pancreático. Apesar da realização de quimioterapia e radioterapia no primeiro semestre de 2013, a doença evoluiu rapidamente e em 26 de outubro deste ano foi encaminhada ao Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos (STDPCP).

Inicialmente foi avaliada no Ambulatório de Dor apresentando quadro de dor nociceptiva visceral, com intensidade 10 na escala analógica visual (EAV)<sup>8</sup>, contínua em peso no andar superior do abdômen, que irradiava para a região dorsal, associada a ascite volumosa e edema nos membros inferiores. Apresentava um histórico familiar importante, pois seu pai, portador de câncer ósseo, estava em tratamento no mesmo hospital. Após a conduta analgésica inicial e manutenção de retornos inicialmente quinzenais, identificou-se uma dificuldade de adesão à terapia analgésica multimodal, mantendo dor intensa com EAV variando entre 7 e 9. Os analgésicos opioides eram tomados por demanda e irregularmente, apesar das orienta-

ções, o que contribuía para a dor de difícil controle. Adicionalmente, a depressão reativa e a fragilidade espiritual associada contribuía para a intensificação desta dor.

Pela evolução da doença e visando a necessidade da paciente, a mesma passou a ser assistida também no seu domicílio pela equipe multiprofissional (médico, enfermeira, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e estagiários). As visitas ocorriam a cada 15 dias e duravam em média 40 minutos, com objetivo de avaliar e controlar os sintomas desconfortáveis e acompanhar o desempenho funcional por meio da *Palliative Performance Scale* (PPS). Diferentemente, recebia visita semanal da capelã que duravam em média 60 minutos. Todas as abordagens da capelã foram na presença do filho, porém sem a sua participação, a pedido da própria paciente.

Na 1ª visita individual da capelã, a dor se mantinha apesar do uso regular dos analgésicos. Foi identificado que a paciente vivenciava conflito espiritual resultante, pois ainda se encontrava arraigada às práticas ocultistas do seu passado, onde fora mãe de santo da umbanda e do candomblé durante 27 anos, condição essa que a mantinha financeiramente e a tornara popular na cidade. Após a escuta, a conduta inicial e aceita pela paciente foi a leitura compartilhada da palavra de Deus (bíblia), sendo orientada para reservar momentos diários para meditação e oração. Na visita seguinte a paciente estava sem dor (EAV = 0) e após a abordagem, a mesma solicitou que um culto fosse realizado, e hinos de louvor fossem entoados. Na terceira visita a paciente relatou retorno do quadro de dor que não aliviava nem com a dose resgate de analgésicos prescritos. Esse fato foi relacionado à perda do seu pai por câncer ósseo nesse período. Durante a escuta a paciente fez um desabafo, pois acreditava que a morte do pai teria sido motivada por vingança pela sua opção religiosa do passado. Na assistência domiciliar se manteve nas visitas seguintes em uso regular dos analgésicos que propiciavam controle da dor, porém relatando desesperança, já que entregou a sua vida a Deus; hoje evangélica, esperava a sua cura que não chegava. Após identificar a fase de barganha vivenciada pela paciente, a capelã por meio da escuta orientada e compartilhada, demonstrou a diferença desse mecanismo de defesa com o verdadeiro propósito da espiritualidade, esclarecendo que quando se entrega a vida a Deus e confia em seus planos e propósitos não se teme o futuro, ainda que o mesmo venha, sem essa tão esperada cura física.

Na sequência das visitas, em função de perdas acumuladas, agora pelo abandono da sua companheira e do filho, passou a vivenciar uma intensificação do quadro doloroso e perda da qualidade do sono. Nesse momento foi solicitada pela capelã a intervenção da psicóloga na abordagem dos familiares. Posteriormente a essa abordagem, foi observado que a paciente desenvolvera a revolta, como mecanismo de defesa, passando a partir desse momento a rejeitar a assistência espiritual, sendo somente visitada pela equipe multidisciplinar. Sem a resolução dos conflitos familiares a dor se mantinha refratária, o que a deixava angustiada e com medo.

Com estado geral comprometido, ficava a maior parte do tempo acamada, porém consciente, era incapaz para a maioria das atividades, dependente para o autocuidado e com ingesta reduzida, o que correspondia a um escore na PPS de 40%<sup>9</sup>. No momento do retorno da assistência espiritual, solicitado pela própria paciente, a mesma relatou estar vivendo pela fé, onde via Deus suprindo todas as suas necessidades inclusive as econômicas. Após três meses

de acompanhamento domiciliar, já com rebaixamento do seu desempenho funcional (PPS de 20%) e complicações respiratórias, a capelã nesse momento estimulou que a paciente falasse de seus sentimentos acerca da morte e através da escuta conseguiu fortalecer os vínculos e abordar a questão da espiritualidade. Agora a paciente já sentia que não iria viver por muito mais e, apesar de ainda estar debilitada fisicamente e emocionalmente, seu quadro álgico finalmente se manteve controlado (EAV=2). Durante as últimas visitas foi mantida leitura compartilhada da bíblia, palavras essas que trouxeram grande conforto e consolo à mesma. A paciente, nas últimas 48h, se manteve calma, com sua dor física e espiritual aliviadas, indo à óbito na presença de familiares após cinco meses de assistência domiciliar pela equipe multiprofissional, destacando a atuação da capelã nas 12 visitas realizadas.

## DISCUSSÃO

O tema espiritualidade começou a receber atenção na última década. Não há dúvida da importância dos aspectos religiosos e espirituais nos cuidados dos pacientes, embora ainda haja muitos questionamentos a respeito de como acessar a dimensão espiritual do ser humano e em que consiste o bom cuidado espiritual. Dados publicados registram que 95% dos americanos creem em alguma força superior e 93% gostariam que seus médicos abordassem essas questões, se ficassem gravemente enfermos<sup>10,11</sup>. No Brasil, a maioria da população apresenta crenças religioso-espirituais e considera isso muito importante. Estudos com pacientes internados demonstraram que 77% gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pelos médicos e 48% gostariam, inclusive, que seus médicos rezassem com eles<sup>4</sup>.

O caso apresentado retrata a influência dos conflitos espirituais sobre a manifestação da dor e a importância da assistência espiritual para o seu controle, uma vez que todo estado espiritual pode ter influência direta na percepção da dor como sofrimento. Ao reconhecer os conflitos entre a crença do passado e a atual, a capelã pode compreender o sentimento de culpa da paciente por prejuízos causados a terceiros, que se manifestava através de pensamentos ameaçadores e ideia fixa de punição, que intensificavam as manifestações dolorosas, como observado pelos elevados escores de intensidade da dor por meio da EAV. Esse cenário confirma o pressuposto que o quadro de dor apresentado pela paciente era intensificado significativamente por questões não físicas, configurando a dor espiritual que não pode ser medicada. Daí a importância de se considerar dois princípios básicos na avaliação da dor no paciente com câncer, que são: a dor total que envolve fatores físicos, ambientais, emocionais, sociais e espirituais, e a identificação dos mecanismos determinantes e intensificadores dessa dor<sup>9,13,14</sup>. Esse fato está de acordo com Campbell<sup>14</sup> quando demonstra que o sofrimento espiritual pode externar ou aumentar a intensidade dos sintomas físicos. Isso ocorre quando o indivíduo é confrontado com os desafios que ameaçam suas crenças, seus significados ou propósitos<sup>15</sup>. A morte é a evidência do limite, da mortalidade, da condição humana. As diversidades de atitudes em relação à morte na sociedade contemporânea se traduzem em mudanças e resistências, simbolismos e práticas emergentes, como a dos cuidados paliativos<sup>4,9</sup>. A interdisciplinaridade em cuidados paliativos possibilita que a individualidade e a multidimensionalidade

dos pacientes possam ser preservadas, pois diferentes profissionais com competências específicas visam, em conjunto, a sanar ou a aliviar. Nesse sentido, é que a paciente foi acompanhada precocemente pela equipe multiprofissional no seu domicílio, a partir do momento em que se identificaram as dificuldades no controle farmacológico da dor apresentada. Na prática dos cuidados paliativos a base para tomada de decisões é a avaliação do desempenho funcional por meio da PPS. Estudos demonstraram que 10% dos pacientes com PPS igual a 50% têm sobrevida superior a 6 meses e a fase final da vida coincide com PPS em torno de 20%. Nos pacientes com câncer, a intensidade, complexidade, mutabilidade dos sintomas e impactos individuais e familiares gerados, são de difícil resolução, se não houver intervenção precoce e especializada<sup>9</sup>. Com um PPS de 20%, a capelã, ao ajudá-la a lidar com as suas perdas e sofrimento espiritual, indiretamente possibilitava que a paciente vivenciasse a sua dor física de forma mais amena (EAV=2), conseguindo assim um controle significativo da dor e do sofrimento, até o momento da sua morte. A melhor qualidade de vida remanescente e de morte desta paciente foi então alcançada após 8 consultas no Ambulatório de Dor, 6 visitas do clínico, 6 da enfermagem, 7 da psicóloga, 1 da assistente social, 1 da fisioterapeuta e 12 da capelã. A condução deste caso, em particular, está de acordo com Arrieira et al.<sup>13</sup> quando se refere à competência da equipe de assistência na promoção de ações nas quais sejam estabelecidos com os pacientes vínculos e relações mais personalizadas, humanizadas e espiritualizadas, com o intuito de prestar cuidados mais integrais, a partir do discurso que considera o indivíduo em sua totalidade.

## CONCLUSÃO

A abordagem das questões do fim da vida, de forma coerente, com os valores culturais, religiosos e espirituais da paciente por meio da atuação da capelania foi primordial para o desfecho do controle da dor e alívio do sofrimento. Recentemente, foram constatadas evidências de que é comum o comportamento de busca de tratamento espiritual quando não se acham respostas concretas no campo médico pelos pacientes, justificando assim a importância da espiritualidade no enfrentamento de condições crônicas<sup>15</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Zeni LB, Russi RF, Fialho AF, Fonseca AL, Sombrio LS, Rocha IC. Morbidity and mortality of pancreatic tumors undergoing surgical treatment. *Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(4):275-9.
2. Honselmann KC, Pross M, Jung CM, Wellner UF, Deichmann S, Keck T, et al. Regulation mechanisms of the hedgehog pathway in pancreatic cancer: a review. *JOP*. 2015; 31;16(1):25-32.
3. Saporetti LA. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: *Cuidado Paliativo*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
4. Pessini L. Espiritualidade e a arte de cuidar: o sentido da fé para a saúde. São Paulo: Ed Paulinas; 2010.
5. Brunjes GB. Spiritual pain and suffering. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11(Suppl1): 31-6.
6. Fornazari SA, Ferreira RE. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic Teor e Pesq*. 2010;26 (2): 265-72.
7. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SA. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Soc Bras Clin Med*. 2010;8(2):154-8.
8. Cardoso MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: *manual de cuidados paliativos ANCP ampliado atualizado*. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. 113.22p.
9. Maciel MGS. Avaliação do Paciente em Cuidados Paliativos. In: *manual de cuidados paliativos ANCP ampliado atualizado*. 2ªed. Porto Alegre: Sulina; 2012. 32-41p.
10. Hinshaw DB. Spiritual issues in surgical palliative care. *Surg Clin North Am*. 2005;85(2):257-72.

11. Steinhauer KE, Voils CI, Clipp EC, Bosworth HB, Christakis NA, Tully JA. "Are you at peace?": one item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch Intern Med.* 2006;166(1):101-5.
12. Thomaz A. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. *Rev Onco&c.* 2010;11:24-9.
13. Arrieira IC, Thofehr MB, Porto AR, Palma JS. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. *Cienc Cuid Saúde.* 2011;10(2):314-21.
14. Campbell ML. Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem. *Porto Alegre: Artmed;* 2011. 229-31p.
15. Rizzardi CD, Teixeira MJ, Siqueira SR. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde.* 2010;34(4):483-7.
16. Victoria Hospice Society. Palliative Performance Scale (PPSV2). Vol. 2004: Victoria Hospice Society; 2001.