

Características da dor multidimensional em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência: estudo observacional transversal

Characteristics of multidimensional pain in women with breast cancer treated at a referral hospital: a cross-sectional study

Maria Clara Aguiar Oliveira¹, Arturo de Pádua Walfrido Jordán¹, Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira¹, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa¹

DOI 10.5935/2595-0118.20220053-pt

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor é composta por múltiplas dimensões e pode afetar entre 10% e 30% das mulheres com câncer de mama. Este estudo avaliou a dor física, emocional, social e espiritual de mulheres com câncer de mama atendidas em um complexo hospitalar de referência em Pernambuco.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal com 43 mulheres com diagnóstico de câncer de mama e tratamento iniciado. A dor e suas dimensões foram avaliadas por meio da Escala Visual Numérica (EVN), da *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS-r), de parte da versão brasileira do questionário McGill (Br-MPQ), além da Escala de Bem-Estar Espiritual (SWBS) e de um questionário contemplando dados clínicos e sociodemográficos.

RESULTADOS: A maioria (79,07%) das mulheres relatou alguma dor no momento da entrevista, com média da intensidade de dor moderada ($5,28 \pm 3,54$). As expressões mais utilizadas para descrever a dor foram: fatigante (78,57%), nauseante (57,14%), castigante (47,62) e sufocante (42,86%). O impacto da dor na vida diária afetou os subitens: sono (67,44%), higiene pessoal (44,18%), locomoção (48,83%), apetite/alimentação (32,56%); no contexto social 55,81% das entrevistadas relataram algum grau de perda no trabalho, 67,44% em atividades de lazer,

74,91% em atividades domésticas e 9,30% aposentaram-se antecipadamente. Os escores espirituais/existenciais/religiosos foram, em sua maioria, positivos.

CONCLUSÃO: Queixas físicas, emocionais, sociais e espirituais estiveram presentes em mulheres com câncer de mama, indicando a necessidade de abordagem precoce da dor pelos profissionais de saúde.

Descritores: Cuidados paliativos, Espiritualidade, Neoplasias da mama, Relação médico-paciente, Saúde da mulher.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is composed of multiple dimensions and can affect between 10% and 30% of women with breast cancer. This study evaluated physical, emotional, social, and spiritual pain components of women with breast cancer treated in a reference hospital complex in Pernambuco, Brazil.

METHODS: An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted with 43 women diagnosed with breast cancer and treatment started. Pain and its dimensions were assessed by using Numerical Rating Scale (NRS), Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-r), part of the Brazilian version of McGill questionnaire (Br-MPQ), Spiritual Well-being Scale (SWBS) and a questionnaire for clinical and sociodemographic data.

RESULTS: The majority (79.07%) of women reported some pain at the time of the interview, with a mean of moderate pain intensity (5.28 ± 3.54). The most used expressions to describe the pain were: tiring (78.57%), nauseating (57.14%), acute (47.62) and suffocating (42.86%). The impact of pain on daily life affected the sub-items: sleep (67.44%), personal hygiene (44.18%), locomotion (48.83%), appetite/food (32.56%); in the social context 55.81% of the interviewees reported some degree of loss in work, 67.44% in leisure activities, 74.91% in domestic activities and 9.30% had early retirement. The spiritual/existential/religious scores were mostly positive.

CONCLUSION: Physical, emotional, social and spiritual complaints were present in women with breast cancer and indicates the need for an early approach to pain by health professionals, especially physicians.

Keywords: Breast neoplasms, Palliative care, Physician-patient relations, Spirituality, Women's health.

Maria Clara Aguiar Oliveira – <https://orcid.org/0000-0003-3085-6523>;
Arturo de Pádua Walfrido Jordán – <https://orcid.org/0000-0002-2955-8302>;
Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira – <https://orcid.org/0000-0002-7109-1056>;
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa – <https://orcid.org/0000-0002-0856-8915>.

1. Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, Brasil.

Apresentado em 02 de abril de 2022.

Aceito para publicação em 27 de setembro de 2022.

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

DESTAQUES

- Este artigo analisou os aspectos multidimensionais da dor em pacientes diagnosticados com câncer de mama.
- Todas as pacientes apresentavam queixas físicas, emocionais, sociais e espirituais.
- A maioria dos profissionais de saúde não abordava os aspectos multidimensionais da dor.

Correspondência para:

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

E-mail: arturojordan@fps.edu.br

INTRODUÇÃO

Estimativas indicam que em 2020 o Brasil terá 66.280 novos casos de tumores malignos de mama, com um risco estimado de 61,61 casos por 100.000 mulheres. No estado de Pernambuco, estão estimados 2.390 casos^{1,2}. De acordo com dados da American Cancer Society, que também se aplicam à realidade brasileira, aproximadamente 1 em cada 8 mulheres que vivem até 75 anos serão diagnosticadas com a doença³.

Há fatores relacionados a um maior risco de desenvolver câncer de mama, incluindo: sexo feminino, avanço da idade, excesso de peso e obesidade após a menopausa, consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, maior consumo de gordura, menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade (não ter tido filhos), uso prolongado (mais de 5 anos) de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, exposição prévia à radiação ionizante e mutações genéticas BRCA-1/BRCA-2^{3,4}. A avaliação é um desafio no manejo da dor. Para sua medição, são considerados o relato da paciente, o conhecimento do caso clínico, a avaliação das características e a repercussão nas atividades diárias⁵.

A literatura sobre o tema recomenda o uso de escalas validadas que medem aspectos da dor isolados ou associados a variáveis não relacionadas à dor para atingir resultados. Um estudo realizado com 400 mulheres portadoras de câncer de mama avaliou a influência da dor na qualidade de vida. Utilizando o Questionário McGill, o estudo indicou que 71% delas sentiam dor. A sensação de dor foi descrita como em ondas, dor contínua e em pontadas, impactando negativamente a qualidade de vida⁶. Outro estudo avaliou a interferência da dor na vida dos pacientes, utilizando o Inventário Breve da Dor (IBP) e identificou que “humor”, “trabalho normal” e “sono” foram os aspectos mais afetados, evidenciando assim outras dimensões da dor⁷. Outro estudo avaliou a intensidade da dor em 160 pacientes com câncer de mama avançado em um hospital indonésio usando a Escala Analógica Visual (EAV) e encontrou escores x baixos ($2,1 \pm 2,4$), que indicam um controle razoável da dor física na amostra⁸.

Considerando que o impacto que a dor causa em cada paciente está relacionado e reflete em sua multidimensionalidade⁹, o conceito de dor total inclui aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais⁹. A dor física é uma experiência sensorial desagradável, reconhecida como a causa mais óbvia do sofrimento¹⁰, a dor emocional ou psicológica refere-se ao medo do sofrimento e da morte, envolve sentimentos de tristeza, raiva, insegurança, desespero, depressão, repercussões nas mudanças de humor e desesperança^{5,10}.

A dor social, por outro lado, expressa o medo do isolamento e abandono, dependência, inutilidade, dificuldade de comunicação, perdas econômicas e perdas no papel social desempenhado com membros da família e colegas^{5,10}. A dor espiritual contempla questões pessoais de razão, sentido e satisfação com a vida, ela se reflete na perda de sentido e significado na vida, na esperança; é a “dor da alma”^{10,11}. Pessoas com espiritualidade bem desenvolvida veem um propósito em suas vidas, tendo uma melhor qualidade de vida¹². A definição de dor total abriu o caminho para os Cuidados Paliativos (CP), que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consistem em uma abordagem que visa promover a qualidade de vida, tanto para

pacientes com potencial fatal e/ou em risco de vida, quanto para suas famílias¹³.

Neste sentido, como a maioria dos estudos que avaliam a dor e o câncer de mama se concentra em apenas em um ou dois aspectos da dor e considerando que o câncer de mama pode desencadear a dor multidimensional, afetando muito a rotina e a imagem da feminilidade nas mulheres, além de fazê-las questionar suas crenças e significado da vida, os objetivos deste estudo foram avaliar a dor total em mulheres diagnosticadas com câncer de mama tratadas em um complexo hospitalar de referência na área de oncologia e identificar quais elementos da dor foram abordados pelos profissionais de saúde¹⁴.

MÉTODOS

Esta pesquisa é um estudo observacional transversal, sendo que a lista de verificação *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE) foi utilizada para abordar cada parte deste artigo¹⁵. Este estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e foi aprovado em outubro/2019, sob os pareceres 3.668.089 e CAAE. 17932019.4.0000.5201. Os pesquisadores seguiram as diretrizes e normas regulamentares recomendadas na Resolução CONEPs 466/12. Os pacientes elegíveis leram, assinaram e receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Configuração e participantes

Entre novembro de 2019 e janeiro de 2020, as mulheres foram avaliadas através de entrevistas estruturadas enquanto aguardavam atendimento na sala de recepção ambulatorial da Clínica de Mastologia do IMIP, em Recife, PE, Brasil.

Este estudo utilizou amostragem por conveniência e não-probabilística considerando a homogeneidade da população e a especialidade do serviço, incluindo 43 participantes. Todas as mulheres que tinham mais de 18 anos de idade, diagnosticadas com câncer de mama, haviam recebido quimioterapia e/ou tratamento paliativo, haviam sido submetidas a um procedimento cirúrgico, como mastectomia ou cirurgia conservadora de mama, e que estavam em visitas de acompanhamento, em tratamento de complicações pós-cirúrgicas ou de recidivas locais foram consideradas elegíveis. Mulheres com suspeita de lesão em exames de imagem, bem como aquelas sem o diagnóstico histopatológico de câncer de mama, com diagnóstico de lesões benignas e/ou função cognitiva prejudicada foram excluídas.

Variáveis e medição

As entrevistas foram realizadas individualmente, com duração aproximada de uma hora. Foram utilizados os seguintes questionários validados: EVN, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r), parte da versão brasileira do questionário McGill (Br-M-PQ) e Escala de Bem-Estar Espiritual (SWBS), bem como variáveis relacionadas à história ginecológica e obstétrica, como primeira gravidez, número de crianças, uso de contraceptivos orais combinados (estrogênio e progesterona) a longo prazo, idade da menarca, idade da menopausa e terapia de reposição hormonal.

A EVN mede a intensidade da dor física em valores contidos em uma escala de zero (sem dor) a 10 (dor máxima)¹⁶. É uma ferramen-

ta precisa e de fácil utilização. As respostas obtidas foram classificadas em medidas de dor leves (1 a 3), moderadas (de 4 a 6) e intensas (de 7 a 10).

O MPQ é a ferramenta de avaliação multidimensional mais amplamente utilizada para avaliação da dor. Ela possui 78 descritores que se referem à sintomatologia sensorial e às dimensões afetivas e avaliativas da dor¹⁶. O questionário foi dividido em 20 categorias. Uma palavra/expressão deve ser escolhida dentro de cada uma das categorias. Cada palavra tem um número que representa seu nível de intensidade. As categorias de 1 a 10 correspondem ao grupo sensorial, as de 11 a 15 ao grupo afetivo, 16 ao grupo avaliativo e de 17 a 20 à miscelânea. O número máximo de expressões selecionadas é 20¹⁶. A ESAS-r avalia a intensidade de 10 sintomas, 9 dos quais são pré-definidos e 1 subjetivo, que o paciente considera relevante. Para cada sintoma, deve ser atribuída uma pontuação de zero a 10, sendo zero sua ausência e 10 a sua maior intensidade¹⁶. Os sintomas foram agrupados em sintomas leves (1 a 3), moderados (4 a 6) e intensos (7 a 10).

A parte do Br-MPQ aplicada pelo estudo tem como objetivo verificar como a dor influencia a vida diária dos pacientes. Eles devem preencher, no lado esquerdo desse questionário, com números de 1 a 5, todas as lacunas relacionadas à deficiência social, às atividades da vida diária e aos sentimentos dos outros. No lado direito, apenas a alternativa na qual eles mais se encaixam deve ser apontada, nas perguntas sobre tolerância à dor, sentimento de doença, sensação de utilidade e satisfação com a vida.

A SWBS consiste em 20 itens, respondidos em uma escala de seis pontos Likert, variando de “totalmente de acordo” a “totalmente de desacordo”. A escala é subdividida em duas subescalas, com 10 itens para a avaliação do bem-estar religioso (RWB) e 10 itens para medir o bem-estar existencial (EWB). As pontuações das duas subescalas são adicionadas para obter a medida geral de bem-estar espiritual (SWB). As pontuações na escala total e nas subescalas podem ser classificadas como altas (100-120 na SWBS/50-60 nas subescalas), moderadas (41-99/21-49) ou baixas (20-40/10-20)¹⁷. As pontuações altas e negativas foram consideradas, respectivamente, moderadas e baixas.

Os dados relacionados à sociodemografia foram coletados através de um questionário preparado pelos pesquisadores contendo informações sobre sexo, idade, cor, local de residência, estado civil, religião, educação e ocupação, dieta, atividade física, uso de álcool e tabaco.

Viés

Após a resposta de cada escala/questionário, foi perguntado aos pacientes se certos aspectos da dor já haviam sido avaliados por médicos ou outros profissionais da saúde durante o tratamento da neoplasia, através desses mesmos instrumentos ou de outra forma, e se eles gostariam que essas dimensões fossem consideradas.

Análise estatística

A estatística descritiva foi utilizada como método de análise de dados. As respostas ao questionário foram inseridas em uma planilha de cálculo integrada no programa Microsoft Excel™. Os dados categóricos são representados como porcentagem, e as notas médias dos questionários são apresentadas como média, desvio padrão (DP), coeficiente de variação, valores máximos e mínimos e amplitude

(diferença entre valores máximos e mínimos). Os dados dos questionários e escalas foram enviados para análise estatística descritiva (frequência e porcentagem) usando o software R, versão 4.0.0™.

RESULTADOS

Quanto ao perfil sociodemográfico das participantes, foram incluídas 43 mulheres no estudo, com idade média de 54,53 ± 8,62 anos. Mais da metade (51,16%) relatou cor de pele parda, 44,19% viviam em Recife, 41,86% eram casadas, 86,05% tinham filhos e 48,84% professavam a religião protestante/evangélica. A idade da primeira gravidez foi de 21,27 ± 5,08 anos, 86,05% viviam com a família, 44,19% tinham ensino primário incompleto e 44,19% tinham renda familiar na faixa de um salário-mínimo. As profissões/ocupações mais frequentes eram trabalhos domésticos (41,86%) e profissionais liberais (16,28%), sendo que 65,12% relataram ser as principais ou únicas responsáveis pelas tarefas domésticas.

A maioria das participantes (93,02%) tinha alguns dos fatores de risco comportamentais, hormonais e reprodutivos para o câncer de mama, como observado na literatura; 41,86% eram obesas ou mantinham uma dieta rica em gordura animal, 55,81% eram sedentárias, 27,91% relataram beber álcool socialmente, 6,98% relataram uso de álcool, 30,23% relataram tabagismo corrente ou anterior, 23,26% faziam uso prolongado de contraceptivos orais combinados (estrogênio e progesterona) e 13,95% eram nulíparas.

Entre aquelas que engravidaram, 5,41% tiveram sua primeira gravidez após os 30 anos de idade. A menarca ocorreu, em média, aos 12,74 ± 1,89, e a menarca precoce foi observada em 27,91% dos casos. 93,02% das participantes entraram na menopausa, com a idade média em que este processo ocorreu aos 45,35 ± 7,66 anos; entre estas, 7,5% tiveram menopausa tardia. A terapia de reposição hormonal foi utilizada por 11,63% das pacientes.

Cerca de 79% das mulheres relataram dor física, identificando-se dor intensa em 51,16% das participantes pela EVN (Tabela 1). A intensidade média da dor foi de 5,28 ± 3,54, portanto considerada moderada, e 16,28% das pacientes disseram que já haviam sido examinadas para o tratamento da dor física pelos médicos responsáveis durante o processo de tratamento do câncer de mama; 6,98% disseram que haviam sido examinadas por outros profissionais de saúde, terapeutas e psicólogos em profissões registradas; 46,51% relataram que a dor física foi tratada por médicos e 16,28% por médicos e outros profissionais.

Tabela 1. Intensidade da dor verificada pela Escala Visual Numérica em mulheres com câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2020.

Intensidade da dor	n	%
Ausência de dor	9	20,93
Dor leve	6	13,95
Dor moderada	6	13,95
Dor intensa	22	51,16
Total	43	100,00

O MPQ foi aplicado somente nas participantes que relataram, através da EVN, sentir dor física (79,07%). As frequências dos 20 subgrupos foram calculadas separadamente, considerando que o número

ro total de participantes que responderam a cada subgrupo variou. Usando o MPQ, foi verificado que 71 dos 78 descritores disponíveis foram referidos à dor, 39 referentes à qualidade sensorial da dor, 12 à qualidade afetiva, 5 à qualidade avaliativa e 10 a qualidades diversas. Analisando as características sensoriais do sintoma de dor, observou-se que o descritor “pontada” era o mais presente (88,89%), seguido por “latejante” (72,41%) e “aperta” (67,74%). Quanto às características afetivas da dor, “fatigante” (78,57%), “nauseante” (57,14%), “castigante” (47,62%) e “sufocante” (42,86%) foram relatadas com mais frequência entre as participantes. O descritor “incômoda” foi o mais citado (34,38%) para qualificar a dor em relação ao padrão de avaliação, seguido por “queimor” e “exaustiva”, com frequências iguais (25%). Com relação aos descritores do grupo misto, as participantes relataram dor “chata” (59,26%), que “se esparrama” (51,85%) e que “aperta” (33,33%).

As médias das quantidades de descritores sensoriais, afetivos, avaliativos e diversos indicados pelas participantes foram, respectivamente: $8,53 \pm 2,07$; $2,97 \pm 1,48$; $0,94 \pm 0,23$ e $2,70 \pm 1,29$. O número médio total de descritores reportados foi de $15,14 \pm 4,19$.

Menos de 10% das pacientes disseram que o MPQ já havia sido usado por médicos e 5,88% por outros profissionais de saúde. Mais precisamente, 8,82% relataram que as características psicológicas de sua dor haviam sido avaliadas por médicos e 5,88% por outros profissionais; enquanto 94,12% consideraram importante conhecer estes dados para o tratamento do câncer de mama.

Dentre as 43 pacientes, a prevalência de sintomas moderados a graves (escores 4 a 10), verificada pela ESAS-r, foi principalmente de ansiedade (48,85%), sonolência (46,51%) e cansaço (44,2%) (Tabela 2). Além disso, 30,23% das participantes relataram outro problema, sendo a constipação intestinal o mais frequente no grupo (46,15%).

A presença da dor na ESAS-r foi relevante (51,16%), mas inferior aos valores obtidos na EVN (79,07%). Em 55,81% das mulheres, a intensidade da dor sentida no momento da aplicação do questionário era menor do que a intensidade geralmente percebida, podendo até estar ausente. Por outro lado, 4,65% das participantes relataram um valor mais alto na ESAS-r.

Com relação ao uso da ESAS-r nas avaliações, 6,98% das participantes disseram que já haviam sido avaliadas com o instrumento por médicos e 2,33% por outros profissionais de saúde. Uma porcenta-

gem de 41,86% relatou que seus sintomas de dor foram avaliados de outra forma por médicos e 2,33% por outros profissionais. A maioria (95,35%) considerou importante conhecer esses dados para o tratamento do câncer de mama.

As descobertas sobre a percepção do impacto da dor nos aspectos sociais de suas vidas, obtidas por meio do Br-MPQ, mostraram que 55,81% das pacientes relataram um grau de lesão no trabalho, culminando com a perda de dias produtivos em 32,56% delas, e até mesmo 18,61% tiveram perda de emprego, além de 9,30% que a aposentadoria antecipada. 67,44% relataram que a dor afetou as atividades de lazer e 74,91% as atividades domésticas (Tabela 3).

Quanto ao impacto da dor na vida diária das pacientes estudadas, os subitens sono (67,44%) e suas primeiras subdivisões de insônia (51,16%) e insônia terminal (44,19%) também obtiveram uma porcentagem importante, sendo que o sono foi classificado como não-restaurador em 58,14% dos casos. A higiene pessoal foi afetada pela dor em 44,18% das participantes, a locomoção em 48,83% e o ato de se vestir em 44,18% das pacientes, enquanto o apetite/alimentação foi o menos afetado (32,56%).

A sensação que as pacientes com câncer de mama têm sobre o comportamento de outras pessoas em relação à sua dor mostrou que 39,54% delas acreditam que as pessoas ficam irritadas, 53,49% que expressam frustração, 18,61% que sentem raiva e 27,91% que as ignoram. Este estudo também mostrou que 67,44% das pacientes têm dificuldade em tolerar a dor. Entretanto, apenas 34,88% sentem-se doentes. Do total da amostra, 41,86% acreditam que são menos úteis do que antes da doença e 27,91% pensam que sua vida não é completamente satisfatória devido à dor.

Uma porcentagem de 9,30% das pacientes disse que o Br-MPQ já havia sido utilizado por médicos e 2,33% por outros profissionais de saúde. 13,95% relataram que a influência da dor na vida diária foi abordada por médicos e 4,65% por outros profissionais. 97,67% gostariam que os médicos considerassem o impacto da dor/doença em suas vidas.

Com relação ao desempenho na SWBS, observou-se que 90,70% das participantes tinham pontuação positiva no bem-estar espiritual (SWB). Na subescala de bem-estar existencial (EWB), 74,42% obtiveram pontuações positivas e, em relação à subescala de bem-estar religioso (RWB), 97,67% obtiveram pontuações positivas (Tabela 4).

Tabela 2. Distribuição das queixas de mulheres com câncer de mama de acordo com a intensidade na ESAS-r. Recife-PE, Brasil, 2020.

Sintomas	Sem sintomas		Leves		Moderados		Graves	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dor	21	48,84	5	11,63	7	16,29	10	23,26
Cansaço	23	53,49	1	2,33	7	16,29	12	27,91
Sonolência	23	53,49	-	-	10	23,26	10	23,26
Náusea	33	76,74	5	11,63	3	6,98	2	4,65
Falta de apetite	27	62,79	3	6,98	8	18,60	5	11,63
Dificuldade de respiração	40	93,02	1	2,33	1	2,33	1	2,33
Depressão	23	53,49	6	13,95	4	9,30	10	23,26
Ansiedade	18	41,86	4	9,30	7	16,29	14	32,56
Bem-estar	30	69,77	6	13,95	5	11,63	2	4,65

Tabela 3. Distribuição da frequência das respostas aos subitens do Br-MPQ relacionados com a avaliação do impacto da dor e sua influência social, nas atividades da vida diária e no sentimento que as pacientes têm sobre as pessoas. Recife-PE, Brasil, 2020.

Impacto da dor	Sem impacto		Leve		Médio		Alto		Total/permanente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Influência social: a dor afeta										
Trabalho	19	44,19	3	6,98	4	9,30	4	9,30	13	30,23
Perda de dias de trabalho	29	67,44	4	9,30	1	2,33	3	6,98	6	13,95
Licença médica	31	72,09	2	4,65	1	2,33	-	-	9	20,93
Perda de emprego	35	81,40	-	-	-	-	1	2,33	7	16,28
Aposentadoria	39	90,70	-	-	-	-	-	-	4	9,30
Atividades escolares	42	97,67	-	-	-	-	-	-	1	2,33
Lazer	14	32,56	8	18,60	10	23,26	7	16,28	4	9,30
Atividades domésticas	11	25,58	8	18,60	7	16,28	8	18,60	9	20,93
Relações familiares	30	69,77	5	11,63	2	4,65	4	9,30	2	4,65
Relações de amizade	31	72,09	2	4,65	1	2,33	4	9,30	5	11,63
Atividades da vida diária: a dor afeta										
Sono	14	32,56	4	9,30	10	23,26	4	9,30	11	25,58
Insônia precoce	21	48,84	4	9,30	6	13,95	2	4,65	10	23,26
Insônia terminal	24	55,81	3	6,98	10	23,26	2	4,65	4	9,30
Sono não-restaurador	18	41,86	6	13,95	6	13,95	3	6,98	10	23,26
Apetite/alimentação	29	67,44	3	6,98	6	13,95	3	6,98	2	4,65
Higiene pessoal	24	55,81	8	18,60	2	4,65	5	11,63	4	9,30
Vestir-se	24	55,81	7	16,28	7	16,28	2	4,65	3	6,98
Locomoção	22	51,16	4	9,30	4	9,30	5	11,63	8	18,60
Percepção do outro: As pessoas										
Ficam irritadas comigo	26	60,47	7	16,28	5	11,63	2	4,65	3	6,98
Expressam frustração	20	46,51	13	30,23	5	11,63	2	4,65	3	6,98
Sentem raiva de mim	35	81,40	2	4,65	1	2,33	3	6,98	2	4,65
Me ignoram	31	72,09	6	13,95	3	6,98	-	-	3	6,98

Tabela 4. Distribuição das pacientes em relação à Escala de Bem-Estar Espiritual e suas subescalas. Recife-PE, Brasil, 2020.

Escala bem-estar espiritual (SWBS)	n	%
Bem-estar espiritual (SWB)		
Positivo	39	90,70%
Negativo	4	9,30%
Bem-estar existencial (EWB)		
Positivo	32	74,42%
Negativo	11	25,58%
Bem-estar religioso (RWB)		
Positivo	42	97,67%
Negativo	1	2,33%

Em termos de SWB, 4,65% das pacientes disseram que o método já havia sido utilizado por médicos e 11,63% por outros profissionais de saúde, sendo um enfermeiro, profissão mencionada por uma participante; enquanto 18,60% relataram que sua espiritualidade/religiosidade foi abordada por médicos e 9,30% por outros profissionais. 86,05% gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pelos médicos.

DISCUSSÃO

Em sintonia com a literatura científica, o presente estudo apontou que a maioria das participantes tinha alguns fatores de risco comportamentais, hormonais e/ou reprodutivos para o câncer de mama, tais como obesidade, consumo de álcool, sedentarismo ou uso prolongado de contraceptivos orais combinados¹⁸. A religião protestante/evangélica foi a mais declarada (48,84%) pelas pacientes, contrastando com um estudo que encontrou prevalência da religião católica em casos similares¹⁹.

O presente estudo constatou que as dores moderada e intensa foram relatadas por 65,11% das participantes, sendo a dor intensa a mais frequente (51,16%), ao contrário do que foi identificado em um estudo, aplicado em 182 pacientes, que avaliou a dor e a fadiga em mulheres com câncer de mama, identificando que 27,47% delas tinham dor moderada e intensa²⁰.

Um estudo no qual o questionário McGill foi aplicado em pacientes com câncer encontrou dados similares ao presente estudo, identificando que, entre as categorias sensoriais, afetivas, avaliativas e diversas, os descritores “pontada”, “cansativa”, “incômoda” e “chata” foram mais reportados, apesar da maior variabilidade nos grupos avaliativos e diversos²¹.

A ansiedade foi observada como o problema mais relatado na ESAS-r, seguido pela dor, ao contrário de um estudo semelhante realizado com pacientes com câncer, no qual a dor era o principal sintoma, seguido de mal-estar²². Outros sintomas são consistentes com a literatura, sendo o cansaço, sonolência e tristeza/depressão os mais proeminentes, com frequências iguais, enquanto náusea e dispneia são os menos comuns. A constipação foi o sintoma subjetivo mais relatado, possivelmente porque teve uma prevalência de 80%-95% em pacientes com câncer devido ao uso de opioides²².

Este estudo identificou como sendo a profissão/ocupação mais frequente a de cuidadora do lar e que mais da metade das pacientes eram as principais ou únicas responsáveis pelas tarefas domésticas, corroborando um pensamento ainda persistente em várias sociedades de que é obrigação da mulher cuidar de todas as funções relacionadas ao lar, mesmo que ela exerça uma profissão fora deste escopo²³. Também foi observado que a dor/doença afetou negativamente o relacionamento das pacientes com familiares e amigos. Na literatura, observa-se que o câncer de mama afeta a sexualidade e a relação com o cônjuge, mas que a relação com a família e amigos tende a se fortalecer²⁴. Os autores desta pesquisa acreditam que esta discrepância é devida ao Br-MPQ não separar a relação com o cônjuge da relação com os outros membros da família, assim, a relação familiar se mostrou abalada.

Um fato interessante observado neste estudo é que mesmo com o número considerável de participantes que reconhecem as dificuldades impostas ao seu estilo de vida pelo câncer de mama, 65,12% não se sentem doentes e 72,09% consideram suas vidas como completamente satisfatórias. No mesmo sentido, um estudo que mediu a qualidade de vida e a satisfação com o tratamento do câncer identificou uma tendência para uma qualidade satisfatória, com melhor bem-estar emocional naquelas que mantiveram a mama e melhor bem-estar social naquelas que removeram a mama²⁵.

Foi notado também que o câncer de mama produz um impacto significativo na vida da mulher, inclusive na área psicossocial, dado que a lesão se apresenta no órgão mais representativo da feminilidade, da sexualidade, da sensualidade, da beleza e da maternidade¹⁴.

A mudança na imagem corporal tem implicações significativas para a vida sexual e conjugal das mulheres, além de afetar as relações com seu círculo social e consigo mesmas, influenciando sua autoestima e sentimento de feminilidade, podendo causar sintomas de ansiedade e depressão¹⁴. As mulheres que sofrem de câncer de mama tendem a se sentir socialmente estigmatizadas, discriminadas, além de terem que redefinir sua rotina com base em múltiplas funções (profissional, de esposa, de mãe, de avó, entre outras), seu futuro e seus projetos de vida²⁶.

O bem-estar espiritual (SWB) da maioria dos participantes foi identificado como alto/positivo e as pontuações de bem-estar existencial (EWB) e bem-estar religioso (RWB) foram particularmente elevadas; no entanto, as subescalas de EWB tiveram pontuações mais negativas do que as de RWB, corroborando os resultados de outros estudos¹⁷.

Assim sendo, este estudo mostrou, em sintonia com a literatura, que a maioria das mulheres que participaram da pesquisa desenvolveram a religiosidade, o que geralmente exerce influência em sua espiritualidade. Quase todas as participantes tinham religião, sendo as protestantes/evangélicas e a católica as mais frequentes. Além disso,

as pacientes entrevistadas afirmaram ter uma relação próxima com Deus e uma boa perspectiva sobre seu futuro; percebendo um sentido positivo em suas vidas, o que, como costuma ser demonstrado por pesquisas, ajuda a lidar com o câncer de mama e as limitações físicas, sociais e psicológicas que acompanham a doença^{12,19}.

A perspectiva religiosa – através da fé ou de práticas como a oração e a frequência habitual à igreja – é comum na humanidade, especialmente na cultura brasileira, sendo um fator crucial na busca e manutenção da saúde existencial, uma vez que desencadeia pensamentos mais otimistas. A maior parte das pessoas se sente mais amparada quando tem uma prática religiosa, buscando respostas em algo divino/superior, que geralmente é a figura de Deus^{19,27}.

Espiritualidade e religiosidade estão fortemente relacionadas à qualidade de vida, pois estes conceitos contemplam o bem-estar subjetivo e, portanto, sentimentos de felicidade e esperança²⁸. Portanto, é cada vez mais necessário conhecer as exigências do cuidado espiritual das pacientes com câncer de mama. Dessa maneira, é importante que a equipe de saúde desenvolva uma anamnese espiritual nessas pacientes. Com os dados coletados durante o atendimento, o profissional pode buscar apoio para as crenças das pacientes, proporcionando um ambiente acolhedor em relação ao que é importante para elas¹². A dor física foi a mais abordada pelos médicos e outros profissionais de saúde durante o atendimento no hospital de referência. Uma parte considerável das mulheres entrevistadas não foi investigada em relação aos outros componentes da dor, seja por meio dos instrumentos utilizados pelo presente estudo ou não. Além disso, a maioria das pacientes relatou que deseja que essas dimensões também sejam consideradas no processo de tratamento do câncer de mama. Esta pesquisa pode ajudar os profissionais de saúde, em particular os médicos, cujas especialidades frequentemente lidam com a terminalidade da vida, a reavaliar a forma atual de lidar com a dor das mulheres com câncer de mama e buscar, no futuro, o estabelecimento de uma relação profissional-paciente adequada, criando um vínculo mais empático que permitirá uma visão global das pacientes como seres biopsicossociais e, conseqüentemente, um processo de tratamento mais satisfatório. Programas iniciais de apoio podem promover o desenvolvimento de melhores estratégias de intervenção e suporte adequado para impactar positivamente a qualidade de vida. Ademais, este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas. O desenho transversal e o tamanho da amostra não permitem estabelecer relações causais entre fatores psicossociais e dimensões da dor. Outras limitações estão relacionadas ao fato de que os dados foram coletados em um ambiente de sala de espera não isolada, bem como ao fato de o tempo de resposta aos questionários ser longo, o que pode ter afetado a resposta devido ao cansaço ou dificuldade de concentração. Além disso, não houve acesso a informações documentadas sobre o estágio clínico da doença; se houve recidivas locais, metástases ou complicações pós-operatórias, impedindo assim a validação das informações coletadas com os pacientes.

CONCLUSÃO

Neste estudo, as pacientes diagnosticadas com câncer de mama tinham queixas físicas, emocionais, sociais e espirituais. Apesar disso, a maioria delas destacou que os profissionais de saúde não abordaram os aspectos multidimensionais da dor durante as consultas.

Estudos adicionais devem investigar como os profissionais, especialmente médicos, abordam as diferentes dimensões da dor durante o tratamento do câncer e descrever as estratégias utilizadas para reduzir os impactos na vida dos pacientes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Maria Clara Aguiar Oliveira

Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização

Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira

Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Validação

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Conceito e Magnitude do Câncer de Mama [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 [citado 2020 Jul 28]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
3. Chabner BA, Longo DL. Manual de Oncologia de Harrison. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Mama – versão para Profissionais de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 [citado 2020 Jul 28]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>
5. Carvalho MMM. A dor do adoecer e do morrer. Boletim Academia Paulista de Psicologia. 2009;2(9):322-8.
6. Costa WA, Monteiro MN, Queiroz JF, Gonçalves AK. Pain and quality of life in breast cancer patients. Clinics. 2017;72(12):758-63.
7. Ferreira VT, Dibai-Filho AV, Kelly de Oliveira A, Gomes CA, Melo ES, Maria de Almeida A. Assessing the impact of pain on the life of breast cancer survivors using the Brief Pain Inventory. J Phys Ther Sci. 2015;27(5):1361-3.
8. Gayatri D, Efremlor L, Mikolajczyk R, Kantelhardt EJ. Quality of life assessment and pain severity in breast cancer patients prior to palliative oncology treatment in Indonesia: a cross-sectional study [Internet]. Patient Prefer Adherence. 2021;15:2017-26.
9. Sardá Junior JJ, Perissinotti DMN, Ros MA, Siqueira JL. Pain curricular guidelines for Psychologists in Brazil [Internet]. BrJP. 2019;2(1):61-6.
10. Castro MCF, Fuly PSC, Santos MLSC, Chagas MC. Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200311.
11. Teixeira EFB, Müller MC, Silva JD. Espiritualidade e Qualidade de Vida. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.
12. Arriera ICO, Thofehr MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacodino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03312.
13. Oliveira JT, Orange FA, Bezerra MR, Sena GR, Gusmão TL. Pauta de Cuidados Paliativos para a Atenção Primária. 1 ed. Recife: IMIP; 2016.
14. Araujo VSC, Pereira RMO, Souza LO, Almeida MG, Almeida LS, Reis MHS, Portugal JKA, Reis TC, Pinheiro Junior JCF, Gomes AP. A perspectiva da autoimagem e sexualidade de mulheres mastectomizadas: revisão integrativa da literatura. Rev Eletr Acervo Saúde. 2020;30(Supl52):e3618.
15. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008;61(4):344-9.
16. Nascimento JCC, Campos JS, Vieira VP, Barbosa MCR. Percepção da enfermagem sobre a avaliação da dor oncológica. Persp Online: Biol & Saúde. 2020;10(32):51-61.
17. Hoffmann FS, Muller MC, Frasson AL. Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. Psicol Saúde Doenças. 2006;7(2):239-54.
18. Costa LS, Carmo ALO, Firmiano GGD, Monteiro J SS, Faria LB, Gomides LF. Fatores de risco relacionados ao câncer de mama e a importância da detecção precoce para a saúde da mulher. Rev Eletr Acervo Científico. 2022; 31(1):1-8
19. Borges MG, Anjos ACY, Campos CS. Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do câncer de mama: revisão integrativa da literatura. Braz J Health Rev. 2021;4(1):1002-21.
20. Lamino DA, Mota DDCF, Pimenta CAM. Prevalence and comorbidity of pain and fatigue in women with breast cancer. Rev Esc Enferm. 2011;45(2):496-502.
21. Mendes PM, Avelino FVSD, Santos AMR, Falcão LM, Dias SRS, Soares AHS. Aplicação da escala de McGill para avaliação da dor em pacientes oncológicos. Rev Enferm UFPE. 2016;10(11):4051-7.
22. Gross TB. Aplicação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para a melhora da assistência de pacientes em cuidados paliativos. Niterói. Monografia [Graduação em Enfermagem]. Universidade Federal Fluminense; 2014.
23. Vaz CFM, Laimer RT. A inserção da mulher no mercado de trabalho e o surgimento da profissão secretária. Secr Exec Rev. 2011;15;6.
24. Pereira GB, Gomes AMSM, Oliveira RR. Impacto do tratamento do câncer de mama na autoimagem e nos relacionamentos afetivos de mulheres mastectomizadas. LifeStyle J. 2017;4(1):99-119.
25. Domingos MB, Pereira A, Ayala ALM. Qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia e à cirurgia conservadora. Rev Bras Qual Vida. 2020;12(4):707-16.
26. Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. Physis. 2017;27(3):433-51.
27. Costa ARS, Sabião RM, Ferreira GBP. Psicologia, religião e espiritualidade. Psicologia e Saúde em Debate. 2019;5(Suppl 1):43-51.
28. Oliveira PF, Queluz FNFR. A espiritualidade no enfrentamento do câncer. Rev Psicol IMED. 2016;8(2):142-55.