

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE  
MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

A INFLUÊNCIA DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL E DEPRESSÃO NA PERCEPÇÃO  
DE DOR DE PACIENTES ACOMETIDAS POR NEOPLASIA DE MAMA  
METASTÁTICA

SAMANTHA BRANDES  
ORIENTADOR: HELBERT DO NASCIMENTO LIMA

JOINVILLE - SC  
2021

SAMANTHA BRANDES

A INFLUÊNCIA DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL E DEPRESSÃO NA PERCEPÇÃO  
DE DOR DE PACIENTES ACOMETIDAS POR NEOPLASIA DE MAMA  
METASTÁTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE como requisito para obtenção do título de Mestre.  
Orientador: Prof. Dr. Helbert do Nascimento Lima.

JOINVILLE - SC

2021

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

B817i Brandes, Samantha  
A influência do bem-estar espiritual e depressão na percepção de dor de pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática / Samantha Brandes; orientador Dr. Helbert do Nascimento Lima. – Joinville: UNIVILLE, 2021.

77 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de Joinville)

1. Mamas – Câncer. 2. Metástase. 3. Câncer em mulheres – Aspectos psicológicos. 4. Percepção da dor. 5. Espiritualidade. 6. Depressão mental. I. Lima, Helbert do Nascimento (orient.). II. Título.

CDD 616.9920472

Termo de Aprovação

"A influência do bem-estar espiritual e depressão na percepção de dor de pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática"

por

Samantha Brandes

Dissertação julgada para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.



Prof. Dr. Helbert do Nascimento Lima  
Orientador (UNIVILLE)



Prof. Dra. Marta Jussara Cremer  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Helbert do Nascimento Lima  
Orientador (UNIVILLE)



Prof. Dra. Caroline Evelyn Sommerfeld-Ostetto  
(ACE)

JEAN CARL  
SILVA:48182087953

Assinado de forma digital por  
JEAN CARL SILVA:48182087953  
Data: 2021.06.21 12:01:00  
error

Prof. Dr. Jean Carl Silva  
(UNIVILLE)



Prof. Dr. Antonio Bedin  
(UNIVILLE)

Joinville, 07 de maio de 2021

## **Dedicatória**

Dedico este estudo ao meu pai Gilberto Brandes (*in memoriam*) e ao meu primo Alexandre Simão Rieke (*in memoriam*). Em ambos a depressão prevaleceu no final de suas vidas. Estarão para sempre no meu coração.

## **Agradecimentos**

Agradeço à Deus, a quem eu pedi forças todos os dias para finalizar este trabalho sendo médica na linha-de-frente da COVID-19;

Agradeço à minha mãe, sem ela nada disto seria possível;

Agradeço ao meu orientador, quem sempre me incentivou a prosseguir e nunca desistir;

Agradeço às minhas alunas – Ana Carol, Gabriela, Anne e Ana Paula, as quais foram essenciais na coleta de dados;

Agradeço às pacientes, sem elas a pesquisa não existiria.

**“O sofrimento só é intolerável  
quando ninguém cuida.”**

Cicely Saunders

## RESUMO

**Introdução:** A neoplasia de mama é segunda neoplasia mais frequente no mundo e a mais prevalente entre as mulheres. Sabe-se que 20% a 50% dos pacientes com neoplasia de mama queixam-se de dor, um número que aumenta para 90% em pacientes metastáticas. A frequência da dor aumenta à medida que a doença progride, causando desconforto físico, emocional, espiritual e funcional.

**Objetivo:** Avaliar a influência do bem-estar espiritual e sintomas depressivos na percepção de dor de pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática.

**Método:** Estudo observacional e transversal, com abordagem quantitativa, utilizando os instrumentos Inventário Breve de Dor, FACIT-Sp-12 e Inventário de Depressão de BECK – *Short Form*.

**Resultados:** Trinta pacientes responderam ao questionário. A maioria das pacientes (80%) estava em acompanhamento em serviço público. A média de idade foi de 57,3 anos, 28 (93%) consideravam-se brancas, 18 (60%) eram casadas ou com união estável e com tempo médio de 24,9 anos juntas com seu companheiro. Em relação a religião, a maioria era católica, 27 (90%) realizavam alguma prática religiosa/espiritual. Em relação ao Inventário Breve da Dor, a mediana em relação a intensidade da dor foi 8 e a mediana em relação a interferência da dor da vida diária foi 15. A percentagem de alívio da dor nas últimas 24 horas foi de 80%. Quanto ao bem-estar espiritual, o escore total médio foi de 33 pontos no instrumento FACIT-Sp-12. No que se refere ao domínio sentido/paz a média foi de 19,5 e 14 no domínio fé. O escore total médio do Inventário de Depressão de Beck- SF foi de 4,5 pontos.

**Conclusão:** Na amostra estudada, não houve diferença significativa da percepção da dor em relação ao bem-estar espiritual e sintomas depressivos. Uma maior manifestação de bem-estar espiritual pode estar relacionada a menores índices de depressão.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama; Metástase Neoplásica; Espiritualidade; Percepção da Dor; Depressão.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer is the second most common cancer in the world and the most prevalent among women. It is known that 20% to 50% of patients with breast cancer complain of pain, a number that increases to 90% in metastatic patients. The frequency of pain increases as the disease progresses, causing physical, emotional, spiritual and functional discomfort.

**Objective:** To evaluate the influence of spiritual well-being and depressive symptoms on the perception of pain in patients affected by metastatic breast cancer.

**Method:** Observational and cross-sectional study, with a quantitative approach, using the instruments Brief Pain Inventory, FACIT-Sp-12 and BECK Depression Inventory - Short Form.

**Results:** Thirty patients answered the questionnaire. Most patients (80%) were being followed up in a public service. The average age was 57.3 years, 28 (93%) considered themselves white, 18 (60%) were married or in a stable relationship and had an average time of 24.9 years together with their partner. Regarding religion, the majority were Catholic, 27 (90%) performed some religious / spiritual practice. In relation to the Brief Pain Inventory, the median in relation to the intensity of pain was 8 and the median in relation to the interference of the pain of daily life was 15. The percentage of pain relief in the last 24 hours was 80%. As for spiritual well-being, the average total score was 33 points on the FACIT-Sp-12 instrument. Regarding the sense / peace domain, the average was 19.5 and 14 in the faith domain. The average total score of the Beck Depression Inventory-SF was 4.5 points.

**Conclusion:** In the sample studied, there was no significant difference in the perception of pain in relation to spiritual well-being and depressive symptoms. A greater manifestation of spiritual well-being may be related to lower rates of depression.

**Keywords:** Breast Neoplasms; Neoplasms Metastasis; Spirituality; Pain Perception; Depression.

## LISTA DE ANEXOS

- Anexo A – Termo para Autorização Prévia da Pesquisa – Centro Hospitalar Unimed
- Anexo B – Termo para Autorização Prévia da Pesquisa – Hospital São José
- Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Anexo D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Municipal São José
- Anexo E – Aprovação da Emenda do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Municipal São José
- Anexo F – Inventário Breve da Dor
- Anexo G - FACIT- Sp-12 - *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being*
- Anexo H – Inventário de Depressão de Beck – *Short form*

## **LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A - Questionário

## LISTA DE ABREVIATURAS

BDI-SF - Inventário de Depressão de Beck – *Short Form*

BPI - Inventário Breve da Dor

DANT - Doenças e agravos não transmissíveis

FACIT- Sp-12 - *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being*

SUS - Sistema Único de Saúde

SC - Santa Catarina

TNM - Classificação de Tumores Malignos

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Neoplasia / câncer.....	9
2.1.2 Neoplasia de mama .....	10
2.2 Dor .....	12
2.2.1 Dor e neoplasia de mama .....	14
2.2.2 Dor total .....	15
2.3 Espiritualidade.....	16
2.3.1 Espiritualidade e neoplasia de mama.....	18
2.4 Depressão.....	19
2.4.1 Depressão e neoplasia de mama.....	20
2.5 Instrumentos de avaliação de bem-estar espiritual, depressão e dor.....	21
2.5.1 Inventário Breve da Dor – BPI.....	21
2.5.2 Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being: FACIT-Sp-12.....	21
2.5.3 Inventário de Depressão de Beck.....	22
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
3.1 Objetivo Geral .....	24
3.2 Objetivos Específicos .....	24
<b>4 MÉTODOS .....</b>	<b>25</b>
4.1 Delineamento do Estudo .....	25
4.2 Locais do Estudo.....	25
4.3 Amostragem .....	25
4.4 Procedimento da coleta de dados .....	26
4.5 Critérios de Inclusão.....	26
4.6 Critérios de Exclusão.....	27
4.7 Instrumentos da Coleta de Dados .....	27
4.7.1 Inventário Breve da Dor – BPI.....	27
4.7.2 Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being: FACIT-Sp-12.....	27
4.7.3 Inventário de Depressão de Beck .....	27

4.7.4 Questionário .....	28
4.8 Análise Estatística .....	28
4.9 Interdisciplinaridade.....	28
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>47</b>
<b>9 ANEXOS.....</b>	<b>62</b>
<b>10 APÊNDICE.....</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico. Verifica-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros) (BRAY et al., 2018).

No mundo, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres. Em 2018, ocorreram 2,1 milhões de casos novos, o equivalente a 11,6% de todos os cânceres estimados (FERLAY, 2018).

Aproximadamente 20% a 50% dos pacientes com neoplasia de mama queixam-se de dor, um número que aumenta para 90% em pacientes metastáticas ou em estágio terminal (PORTENOY; LESAGE, 1999). A frequência da dor aumenta à medida que a doença progride, causando desconforto físico, emocional, espiritual e funcional (HUI; BRUERA, 2004).

A dor tem sido considerada uma experiência sensorial e emocional subjetiva desagradável, difícil de quantificar e qualificar. É um fenômeno complexo, derivado de estímulos sensoriais ou de lesões neurológicas, e que pode ser modificado pela memória, pelas expectativas e pelas emoções dos indivíduos (DA SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

Na sociedade, embora com as inúmeras formas de tratamento, o câncer pode ser considerado uma doença que evidencia a proximidade da morte. Diante da necessidade de se considerar o indivíduo como um ser holístico, a saúde desvinculou-se do conceito que a restringia à ausência de doenças, cujo objetivo principal era a cura, e passou a contemplar a pessoa em sua totalidade. Assim, o conceito de saúde incluiu outras dimensões além da biológica, tais como a psicológica, a social e a espiritual (GUERRERO, 2011). A espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento utilizada pela pessoa com câncer, que possibilita a ele próprio a

autonomia em ressignificar o seu processo saúde-doença na tentativa de minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança durante o tratamento (BARBOSA, 2017).

Sabe-se que sintomas depressivos são comuns em pessoas com doenças clínicas – como a neoplasia, e esses sintomas podem ser uma complicação da doença, de seu tratamento ou ainda uma adaptação normal a uma doença que ameace a vida (FURLANETTO, 2006).

Embora os aspectos psicológicos tenham sido mais frequentemente avaliados no contexto de portadoras de câncer de mama (SILVA, 2008), a influência do bem-estar espiritual ainda não tem sido amplamente investigada no que se refere a percepção de dor em pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática, principalmente na sua relação com sintomas depressivos vivenciados nestas pacientes. Assim, compreender a relação da espiritualidade e depressão no enfrentamento ao câncer pode ampliar o entendimento da dor dos pacientes oncológicos, com a finalidade de melhorar o planejamento de cuidados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Neoplasia / câncer

A palavra câncer foi denominada por Hipócrates, “pai da medicina”, por volta dos anos 400 a.C. Apropriou-se da palavra *Karkinos*, derivado da palavra grega, termo que corresponde à caranguejo. Isso porque o tumor que produzia projeções e vasos sanguíneos no seu entorno similares às extremidades irradiadas dos crustáceos fez pensar num caranguejo enterrado na areia com as patas abertas em círculo (MUKHERJEE, 2011).

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Estima-se que, em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) ocorreram em consequência, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%) (INCA, 2017).

O câncer consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, o qual é resultante de alterações no código genético. Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências foram encontradas na mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (FERLAY et al., 2013).

De acordo com as últimas estatísticas mundiais do Globocan 2018 (BRAY, 2018), foram estimados 2,1 milhões de casos novos de câncer e 627 mil óbitos pela doença.

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mi) (INCA, 2019).

Na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, uma grande parte dos pacientes acometidos por doença oncológica são tardiamente diagnosticados. Quando eles chegam ao serviço especializado – já são acometidos por doença

sistêmica e metástases. No Brasil, dados de 2014 indicaram aumento nas taxas de sobrevivência em cinco anos para pacientes acometidos com cânceres de mama e próstata – isto implica que mais pessoas conviverão com os efeitos crônicos/ tardios do câncer e seus tratamentos (ALFANO et al., 2013).

Ser um sobrevivente significa viver até o final da vida apesar e para além do câncer, incluindo também os efeitos colaterais e as sequelas decorrentes das terapêuticas utilizadas. O seu controle não deve ser considerado uma continuação dos problemas experimentados durante o tratamento, mas um processo e uma linha de cuidado que, para mais das questões biomédicas, deve ser dinamicamente acompanhado e atendido, buscando a qualidade de vida (SILVA et al., 2016).

### 2.1.2 Neoplasia de mama

No mundo, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres. Em 2018, ocorreram 2,1 milhões de casos novos, o equivalente a 11,6% de todos os cânceres estimados. Esse valor corresponde a um risco estimado de 55,2/100 mil. As maiores taxas de incidência esperadas foram na Austrália e Nova Zelândia, nos países do Norte da Europa e na Europa Ocidental (BRAY et al. 2018; FERLAY et al., 2018).

Para o Brasil, estimam-se que 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2019).

Os principais sinais e sintomas de câncer de mama são nódulo na mama e/ou axila, dor mamária e alterações da pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações com aspecto semelhante à casca de laranja. Os cânceres de mama localizam-se, principalmente, no quadrante superior externo, e em geral, as lesões são indolores, fixas e com bordas irregulares, acompanhadas de alterações da pele quando em estágio avançado (SMELTZER; BARE, 2006).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama relacionam-se com idade avançada, características reprodutivas, história familiar e pessoal, hábitos de vida e influências ambientais. As características reprodutivas de risco se dão porque a doença é estrogênio-dependente e compreendem a menarca precoce (aos 11 anos ou menos), a menopausa tardia (aos 55 anos ou mais), a primeira gestação após os 30 anos e a nuliparidade (CANTINELLI et al., 2006),

Existe uma grande variedade de tipos histológicos e moleculares de carcinomas de mama in situ e invasor. O tipo histológico invasor mais comum é o carcinoma ductal infiltrante não especificado, que representa de 70 a 80% de todos os tumores de mama, seguido pelo carcinoma lobular infiltrante, com cerca de 5 a 15%, e pelos outros tipos histológicos (LAKHANI, 2012).

O estadiamento clínico anatômico, conforme a sétima edição do TNM – Classificação de Tumores Malignos, define a extensão da doença segundo o tamanho do tumor, a presença ou não de linfonodos axilares homolaterais comprometidos e a presença de doença fora da mama. Uma vez atribuído o estadiamento conforme o TNM, é possível agrupá-los em estádios que variam de 0 a IV, sendo 0 a classificação referente ao carcinoma de mama in situ, I o estágio mais inicial e o IV o mais avançado dos carcinomas invasivos (EDGE et al., 2010).

A avaliação do padrão molecular do tumor também é de extrema importância, porque prediz a resposta a terapias específicas e o prognóstico da doença. Pode ser realizada por imuno-histoquímica, que quantifica os receptores de estrogênio (RE) e de progesterona (RP) e o receptor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2), ou por micro arranjo, que classifica os tumores em subtipos moleculares, de acordo com sua expressão gênica, em Luminal (A e B), HER e Basal-Like, com implicações clínicas e prognósticas diferentes (SORLIE et al., 2001).

No período de 2010 a 2017 no Brasil, 104.018 casos de câncer de mama foram tratados por quimioterapia e 25.982, por radioterapia. Em 2016, foram registrados 16.069 óbitos por câncer de mama em mulheres. A taxa bruta de mortalidade por esse câncer foi de 15,4 óbitos por 100 mil mulheres no país (INCA, 2019).

O adoecimento pelo câncer de mama e seu tratamento geram sérias consequências que podem ser temporárias ou permanentes na vida da mulher. Os efeitos colaterais advindos da quimioterapia, radioterapia e da hormonioterapia também interferem negativamente no cotidiano, na elaboração da imagem corporal e na vida sexual da mulher. O impacto ocasionado pelo câncer na vida da pessoa é enorme, pois além da dor e do desconforto decorrentes da doença e seu tratamento, ocorrem mudanças de ordem psíquica, social e econômica (WHITE, 2002) e levam as mulheres a reflexões e questionamentos sobre suas vidas e seu futuro. Elas passam, ainda, por um confronto com preconceitos e estigmas, sofrem com o medo da recorrência da doença, com o medo da morte (SILVA, 2008).

O comprometimento emocional é observado no desencadeamento da depressão e da ansiedade, que podem acompanhar a mulher durante todas as fases do tratamento da doença (SANTICHI et al., 2012).

Apesar dos avanços na detecção precoce e na compreensão das bases moleculares da doença, 10% das pacientes com câncer de mama possuem metástase à distância no momento do diagnóstico (RUITERKAMP et al., 2011). Além disso, de 20 a 30% das pacientes diagnosticadas com câncer de mama em estágio inicial apresentam recorrência na forma de metástase à distância.

Portanto, a experiência de mulheres com câncer de mama vincula-se tanto às dimensões macro contextuais (incluindo elementos sociais, demográficos e econômicos) quanto micro contextuais (incluindo relações familiares e outras relações interpessoais) (LAWTON, 2003), imbricadas em um universo que possui singularidades de crenças, práticas e valores que são relacionais e idiossincráticos (LEAL et al., 2016).

Dessa forma, o câncer de mama e seu tratamento interferem na identidade feminina, levando, geralmente, a sentimentos de baixa autoestima, de inferioridade e medo de rejeição do parceiro. Ao afastarem-se do ideal de mulher, as doentes de câncer de mama julgam-se incapazes de poder gratificar e proporcionar experiências positivas, tanto a seus companheiros quanto a seus filhos. Em nosso trabalho com grupos de apoio psicológico a pacientes com câncer, encontramos depoimentos de mulheres alegando, a princípio, preferirem a morte à remoção da mama, o que nos leva a supor que a falta da mama representa, num primeiro momento, a morte simbólica da mulher (SILVA, 2008). No cerne da teoria de Victor Frankl – a logoterapia, existe a premissa de que mesmo sob circunstâncias difíceis, os indivíduos podem encontrar um propósito e significado (FRANKL, 1992).

## 2.2 Dor

A dor é um fenômeno universal, vivenciado em todas as faixas etárias, níveis econômicos e em todas as situações e ambientes, sendo subjetiva e particular de cada indivíduo. A dor constitui um dos principais motivos pelo qual o indivíduo procura assistência em saúde para obter alívio. Geralmente, neste momento, a dor já impossibilita o indivíduo nas atividades do dia a dia, influenciando no psicológico, social, fisiológico e econômico (KAZANOWSLI & LACCETTI, 2005). É também um

sinal de alerta para proteção fisiológica, considerada essencial para detectar e minimizar estímulos nocivos (WOOLF, 2010), mas pode se tornar uma situação debilitante como é o caso da dor crônica (DE PRÁ, 2017).

Dor é a sensação mais comumente encontrada dentro da clínica médica, possuindo uma característica muito particular e enfrentada de formas variadas conforme o tipo da dor, intensidade, experiências prévias do sujeito, estado psicológico do indivíduo e condições ambientais em relação a dor (MARTELLI & ZAVARIZE, 2013).

A definição de dor foi aceita em 1979 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor que na época era defendida como “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos teciduais reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais danos”. Essa definição foi amplamente aceita por profissionais de saúde e pesquisadores no campo da dor e adotada por várias organizações profissionais, governamentais e não-governamentais, incluindo a Organização Mundial de Saúde. Entretanto, alguns especialistas sugeriram uma reavaliação do conceito, propondo modificações, que foram aceitas por unanimidade em maio de 2020, sendo definida como "Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante à associada a um dano tecidual real ou potencial" (RAJA et al., 2020).

A dor resulta da ativação de receptores periféricos por estímulos térmicos, químicos ou mecânicos potencialmente lesivos. Esses receptores ou terminações nervosas livres possuem alto limiar de excitabilidade e são chamados de nociceptores. A informação da lesão tecidual é transmitida ao sistema nervoso central através de fibras nervosas do tipo A $\delta$  e C, que se dirigem para a medula espinhal, por meio da raiz dorsal (STUCKY; GOLD; ZHANG, 2001).

Quando o estímulo é muito intenso e prolongado, no local da lesão tecidual há a liberação de substâncias responsáveis pela resposta inflamatória, que pode durar horas ou dias. A persistência das lesões periféricas pode causar modificações, direta ou indiretamente, no sistema nervoso, nas vias de processamento da dor (DUBNER; GOLD, 1999).

Há uma valorização crescente para os aspectos mentais da dor, sabendo-se que o paciente reage não só do ponto de vista anatômico e fisiológico. Observa-se, com frequência, o aparecimento de sintomas psicológicos negativos em pacientes com dor aguda, como sofrimento, tristeza, depressão, pânico, desespero, ansiedade,

sentimento de desamparo e diminuição da motivação, além de alterações do sono (FLINK, 2005).

A dor crônica tem sido o foco dos estudos epidemiológicos pelo grande impacto na vida dos indivíduos, além de ser considerada hoje um problema de saúde pública mundial. O impacto da dor reflete também na qualidade de vida das pessoas. Fatores como depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte e outros encontram-se associados a quadros de dor crônica (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007).

Uma avaliação apropriada torna-se fundamental no tratamento do paciente, pois possibilita uma terapia analgésica adequada, que conduz a mudanças necessárias no manejo da dor, permitindo melhoria na qualidade do cuidado (GORDON, et al. 2005).

### 2.2.1 Dor e neoplasia de mama

Dor é um dos sintomas mais prevalentes em pacientes com câncer e talvez o mais temido (VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN et al., 2007). Os dados agrupados de 52 artigos mostraram que a dor foi prevalente em pacientes com câncer: 64% em pacientes com metástase ou doença em estágio avançado, 59% em pacientes em tratamento anticâncer e 33% em pacientes após tratamento curativo. Mais de um terço dos pacientes com dor nos artigos revisados classificou sua dor como moderada ou severa (VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN et al., 2007). Pacientes com câncer podem experimentar a dor diretamente por efeitos do tumor (exemplo: invasão óssea metastática), devido eventos adversos do tratamento e dor associada a comorbidades. Metástase óssea ocorre em 75% dos pacientes com câncer de mama e está associada a morbididades, incluindo dor severa, fraturas patológicas ou outras emergências oncológicas (ROODMAN, 2004).

Aproximadamente 20% a 50% dos pacientes com neoplasia de mama queixam-se de dor, um número que aumenta para 90% em pacientes metastáticas ou em estágio terminal (PORTENOY; LESAGE, 1999).

A frequência da dor aumenta à medida que a doença progride, causando desconforto físico, emocional, espiritual e funcional. Isso impede o desempenho das atividades diárias e perturba o sono e hábitos alimentares. Como resultado, a função

cognitiva é prejudicada e as relações afetivas, sexuais e familiares são tensas, e as atividades de trabalho e lazer são difíceis. Isto leva a redução da qualidade de vida para essas mulheres (HUI; BRUERA, 2004).

### 2.2.2 Dor total

Cicely Saunders introduziu a ideia de “dor total”, que inclui as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais de sofrimento. Fundou o primeiro *hospice* e foi responsável por estabelecer a disciplina e a cultura dos cuidados paliativos. Ela introduziu o gerenciamento eficaz da dor e insistiu que os moribundos precisavam de dignidade, compaixão e respeito (RICHMOND, 2005).

A filosofia dos cuidados paliativos iniciou-se na Inglaterra, em 1967, a partir da iniciativa de *Cicely Mary Stode Saunders* (assistente social, enfermeira e médica) que disseminou essa nova maneira de cuidar aos pacientes que vivenciavam a terminalidade e a proximidade com a morte. Tais cuidados visam a compreender todas as necessidades do paciente (dentro dos limites possíveis), contemplando-o como um ser integral (SANTOS, 2011).

É notório destacar que o vocábulo *paliativo* deriva do latim *pallium*, que significa manto. Tal terminologia denota a ideia principal dessa filosofia: de proteger, amparar, cobrir, abrigar, quando a cura de determinada doença não é mais possível. No latim, *pallium* são vestimentas usadas pelo Papa, portanto, há uma forte ligação desse termo histórico com o sagrado e com a espiritualidade (MATSUMOTO, 2012).

Desde o desenvolvimento dos cuidados paliativos, a espiritualidade tem sido reconhecida como um elemento essencial. Cecily Saunders dedicou sua vida aos cuidados de pacientes terminais, atendendo a “dor total” do paciente, um termo que ela descreveu englobando sofrimento espiritual, bem como sofrimento psicossocial e físico. Seu modelo foi eventualmente descrito como o modelo espiritual biopsicossocial, que é a estrutura dos cuidados paliativos (SULMASY, 1999).

Na visão de Saunders, espiritualidade está ancorada tanto na realidade pessoal, como a dedicação a uma visão pessoal, quanto na realidade social, experienciada pela comunidade, na qual inspirações pessoais, mediação e realização são alcançadas (SAUNDERS, 2005).

O modelo enfatiza a totalidade da experiência de um paciente no contexto de sua doença e / ou morte, no qual a espiritualidade é um domínio igual do cuidado de

pacientes e seus familiares. O Colégio Americano de Médicos, em resposta ao trabalho de Sulmasy e outros, observou que os médicos têm a obrigação de atender a todas as dimensões da experiência de doença do paciente - o psicossocial, espiritual e existencial sofrimento, bem como dor física (LO et al. 1999).

### 2.3 Espiritualidade

A espiritualidade é uma capacidade humana universal que, atravessando todas as culturas, é considerada um marco estruturante da conduta pessoal e social. Tem - se revelado como uma fonte de alívio e consolo na adversidade, nomeadamente nas situações de doença e na fase final da vida. O bem-estar espiritual é entendido como uma sensação, que a pessoa vivencia quando tem um propósito que justifique a sua existência e que, simultaneamente, lhe dá um significado para a sua vida (ELLSON, 1983).

A espiritualidade é um termo mais abrangente do que a religião, e atribui-se à condição humana, que se associa ao modo pelo qual as pessoas procuram e exprimem o sentido e propósito da vida, como também a forma que manifestam o estado de conexão ao momento, consigo (self), no mundo, na natureza e ao sagrado (PUCHALSKI et al., 2011). A religião, por sua vez, identifica, aproxima e auxilia no acesso ao Divino, Deus e Verdade absoluta. Em geral, é fundamentada em um conjunto de escrituras ou ensinamentos, e disponibiliza um código moral de conduta (KOENIG, 2012).

O bem-estar espiritual envolve questões de transcendência e é reforçado pela própria religião e outras fontes de apoio espiritual. Embora não exista um consenso universal sobre uma definição precisa de espiritualidade, semelhanças entre as várias definições podem ser descobertas, incluindo maneiras de encontrar conexão, direção, transcendência, significado e objetivo (HALSTEAD; HULL, 2001).

As pessoas necessitam de conexão com outras, bem como uma conexão com algo além delas. A conexão com algo fora de si pode se manifestar como uma experiência significativa ou como sagrado, ou santo, no entanto, as pessoas experimentam ou entendem isso. Pode ser uma filosofia, crença, valores, ou um relacionamento com Deus, um poder superior, ou um conceito que dá às pessoas um senso de significado, propósito e valor que transcende a doença, dor, sofrimento e perda (PUCHALSKI, 2012).

A espiritualidade, portanto, faz parte do cerne da abordagem de cuidados paliativos. Desta forma, é interessante que esta dimensão do cuidado seja incluída no atendimento de pacientes que se encontram em situação de doença ameaçadora de vida. Viver esta situação pode ser algo transformador e resultar em crescimento, como também pode ser desesperador e angustiante (PUCHALSKI et al., 2020).

Puchalski et al. (2009) sugerem que a espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos deve ser considerada como um sinal vital, ou seja, integrada na rotina de cuidados, abordada como qualquer outra questão médica e inserida no plano de cuidados do paciente.

Cuidado espiritual enfatiza a saúde integral, mesmo em meio a doença grave e morte. O foco é mudado da doença à saúde e ao bem-estar. Cuidado espiritual, portanto, é na sua raiz, honrar a dignidade de cada pessoa, fornecendo cuidados baseados na compaixão (PUCHALSKI, 2012).

O sofrimento espiritual surge pela perda de significado, de sentido da vida, de esperança, espelhando -se na dor espiritual, podendo ser tão perturbador quanto o sofrimento físico e, por vezes, menos suportável. A espiritualidade assume, pois, especial relevância na fase final da vida, por favorecer a capacidade de qualquer ser humano em transcender -se, como forma de superar ou minimizar a dor espiritual (PEREIRA; SANTOS, 2011).

Os sintomas espirituais estão estritamente relacionados com os sintomas psicossomáticos que envolvem a doença terminal e atingem os pacientes que se encontram sob cuidados paliativos. Nestes, a doença terminal apresenta-se como uma ameaça para o bem-estar, e o *coping* espiritual pode ajudar a amenizar essa sensação (GAUDETTE; JANKOWSKI, 2013). Os estudos apresentados nesta abordagem temática demonstram a relação entre a espiritualidade e o alívio de sintomas que acometem os pacientes sob cuidados paliativos, como angústia espiritual, depressão e dor crônica (PERES et al., 2007; GAUDETTE; JANKOWSKI, 2013).

Aspectos como perdão, experiências espirituais diárias, suporte religioso e autopercepção de religiosidade predisseram significativamente o estado de saúde mental dos pacientes (RIPPENTROP et al., 2005). Sundblom et al. (1994) estudaram por um período de um ano e meio o efeito da cura espiritual em 24 pacientes com síndromes dolorosas crônicas na Finlândia, encaminhados a tratamento espiritual ou a nenhum tratamento. Observaram que houve discreta redução no consumo de

analgésicos, melhora na qualidade do sono e que metade (seis pacientes) sentiu alívio após o tratamento.

A espiritualidade parece influenciar processos fisiológicos, relacionados aos sistemas cardiovascular, neuroendócrino e imunológico, promovendo benefícios na saúde dos indivíduos (CHAVES; GIL, 2015).

### 2.3.1 Espiritualidade e neoplasia de mama

O sofrimento espiritual surge pela perda de significado, de sentido da vida, de esperança, espelhando-se na dor espiritual, podendo ser tão perturbador quanto o sofrimento físico. Pesquisa recente demonstrou que a espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento utilizada pelo paciente com câncer, que possibilita a ele próprio a autonomia em ressignificar o seu processo saúde-doença na tentativa de minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança de cura durante o tratamento (GUERRERO et al., 2011).

Os pacientes podem desenvolver angústias espirituais a medida que a doença progride. Revelam, desta forma, necessidades espirituais que estão relacionadas a ter um significado para a vida e aproveitar o máximo possível o tempo que resta. Buscam ter fé, sentir que viveram a vida de forma completa, procuram ter esperança, perdoar, amar, conectar-se e estar em paz com os outros, com Deus e com o sagrado; ter fé e acreditar (SAPORETTI, 2009; EVANGELISTA et al., 2016; PUCHALSKI et al., 2020).

Estudos incluindo mulheres com câncer de mama afirmam que o suporte espiritual pode ampará-las, agindo como uma força motivadora para lidar com as dificuldades, para seguir adiante com seus projetos e ideais de vida e enfrentar melhor o desafio de vencer a doença (ARAÚJO, 2010; CARVALHO; MERIGHI, 2005).

Boa parte dos pacientes com doença avançada desejam que suas necessidades espirituais sejam levadas em conta pelo seu médico, pois desta forma sentem que suas crenças e desejos são respeitados e que podem ajudá-los no enfrentamento da situação. Querem sentir-se esperançosos, porém de uma forma realista, e que, assim, podem encontrar sentido para o que estão vivendo (PUCHALSKI et al., 2020).

Apesar do reconhecimento da importância da dimensão espiritual no bem-estar do indivíduo, e conseqüentemente na sua saúde, esta dimensão não é muito abordada na prática clínica (MACCORD et al., 2004), sendo assim relevante a utilização de uma escala com o objetivo de avaliar a espiritualidade.

## 2.4 Depressão

A depressão afeta 121 milhões de pessoas e está entre as principais causas de deficiência em todo o mundo. Depressão não tratada leva a sofrimento pessoal e aumento da mortalidade. Apesar de prevalência de depressão variar consideravelmente em todo o mundo, a maioria sintomas comuns de depressão são humor deprimido, insônia e fadiga (MASSIE, 2004).

Sintomas depressivos são comuns em pessoas com doença clínica. Esses sintomas podem ser uma complicação da doença ou de seu tratamento ou ainda uma adaptação normal a uma doença que ameace a vida, mas, frequentemente, são subestimados (FURLANETTO, 2006). Algumas evidências, embora controversas, sugerem que existem fatores emocionais e existenciais envolvidos tanto no processo da produção da doença, quanto no sucesso do tratamento (BOFF et al, 2008).

Indivíduos deprimidos apresentam exacerbação de sintomas físicos, prejuízo funcional, menor adesão aos tratamentos propostos, diminuição dos comportamentos de autocuidado, piora da qualidade de vida e ainda pior prognóstico, com maiores morbidades e mortalidade (FURLANETTO et al., 2000).

A depressão comumente coexiste com outras síndromes e sintomas, como transtornos de ansiedade (por exemplo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada) e dor. Os dados nacionais de pesquisa de comorbidades mostram que em um período de 12 meses, 51% dos pacientes com transtornos depressivos maiores são diagnosticados com um transtorno de ansiedade adicional. Pacientes com depressão e transtornos de ansiedade experimentam mais sintomas severos, necessitam de mais tempo para se recuperar, usam mais recursos de saúde, e têm resultados piores do que aqueles com um único transtorno (GRADY-WELIKY, 2002).

Os sintomas de depressão e sofrimento pessoal resultantes deste distúrbio foram bem descritos. As bases biológicas complexas resultam de distúrbios nos neurotransmissores e da desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. As

últimas duas décadas produziram ciência e avanços interessantes em nossa compreensão da neurobiologia e fisiopatologia de depressão. Estudos eletrofisiológicos, técnicas de neuroimagem (ou seja, ressonância magnética; tomografia computadorizada, tomografia computadorizada por emissão de fóton único; tomografia por emissão de pósitrons; ressonância magnética funcional [ressonância magnética funcional) e estudos neuropsicológicos estão fornecendo informações sobre o substrato neuroanatômico da depressão à medida que aprendemos mais sobre como doenças sistêmicas afetam a depressão (MAISSE, 2004).

#### 2.4.1 Depressão e neoplasia de mama

O câncer de mama é o câncer mais estudado em termos de efeitos psicossociais e, não surpreendentemente, muitos estudos sobre a prevalência de depressão no câncer são estudos de mulheres com câncer de mama. A prevalência relatada varia de 1,5% a 46% (MASSIE, 2004).

Uma variedade de fatores de diferentes dimensões e níveis são propensos a interagir e contribuir para a depressão e ansiedade em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, incluindo individuais (por exemplo: biologia, história pessoal), demográfica (por exemplo: idade, sexo), social e econômica (por exemplo: situação de emprego, nível de educação formal e disponibilidade de apoio social), e fatores estruturais (por exemplo: cobertura de saúde), e faltam estudos que são projetados para permitir avaliação desses diferentes fatores e sua interação (MASSIE, 2004)

A depressão é comprovadamente a doença que mais causa incapacidade em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Ainda é controversa a relação da depressão com a mortalidade no câncer de mama (FALAGAS et al, 2007). Alguns autores observaram que a depressão foi preditor para aumento da mortalidade (LLOYD-WILLIAMS et al., 2009). Porém, segundo outros autores, estresse psicossocial não influencia na evolução da doença nem no aumento da mortalidade (PHILLIPS et al., 2008).

## 2.5 Instrumentos de avaliação de bem-estar espiritual, depressão e dor

### 2.5.1 Inventário Breve da Dor – BPI

O Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory*) (CLEELAND; RYAN, 1994) foi utilizado para mensurar a intensidade da dor e o seu impacto em algumas áreas da vida do paciente. Este instrumento inclui 15 itens, subdivididos em duas partes: a primeira, que avalia a intensidade da dor (8 itens) e a segunda, que avalia a interferência da dor em aspectos da vida (7 itens): nas atividades em geral, no humor, na habilidade para caminhar, no sono, no trabalho, no relacionamento com outras pessoas e no aproveitamento da vida. A intensidade da dor é avaliada pelo paciente com referência às últimas 24 horas em uma escala numérica de 0 (ausência de dor) a 10 (tão forte quanto se possa imaginar). A interferência nos aspectos da vida é também avaliada numa escala numérica de 0 (não interferência) a 10 (completa interferência).

O BPI foi traduzido para o português do Brasil por clínicos e pesquisadores do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da FMUSP (YENG et al., 2001), e vem sendo utilizado regularmente nos ambulatórios de dor deste centro. Para avaliar a adequação da tradução brasileira, esta versão foi retro- traduzido para o inglês, sob coordenação do autor principal do instrumento, o Prof. Dr. Charles Cleeland do University of Texas-M.D. Anderson Cancer Center, e da doutoranda Karine A.S. Leão Ferreira, tendo apresentado concordância aceitável em todos os itens. Na amostra do presente estudo o BPI mostrou-se confiável a partir da análise de consistência interna avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, obtendo valor de 0,73 para os itens de dor (1 a 8) e 0,87 para os itens de interferência com aspectos da vida. Para o instrumento total (15 itens) o Cronbach- $\alpha$  foi de 0,7, atestando a confiabilidade do instrumento em mensurar dor e o seu impacto, se considerado o ponto de corte de 0,7 (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994).

### 2.5.2 *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being: FACIT-Sp-12*

A escala avalia o bem-estar espiritual e centra nos aspectos existenciais da espiritualidade e da fé. A forma como são colocados estes aspectos não pressupõe

crença em Deus, e não limita a possibilidade de resposta aos agnósticos e ateus. É uma medida psicometricamente sólida para medir o bem-estar espiritual das pessoas com câncer ou com doença crônica. É constituída por 12 itens, contemplando duas subescalas: Sentido/Paz (itens 1-8) e Fé (itens 9-12).

As respostas aos itens são apresentadas segundo uma escala de concordância de Likert de cinco pontos (0=nem um pouco até 4=muitíssimo), a pontuação varia de 0 – 48, sendo que valores mais elevados traduzem melhor qualidade de vida/melhor bem-estar espiritual.

### 2.5.3 Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory"; Beck et al., 1988) é provavelmente a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica. A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido - cujo escore é obtido pela soma dos itens (0 a 63), com ponto de corte para depressão  $\geq 12$ . A consistência interna do inventário varia entre 0,70 e 0,92 para as amostras não-clínica, médico-clínica e psiquiátrica.

O Inventário de Depressão de Beck – BDI foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961). Segundo Cunha (2001), é um instrumento particularmente adequado para uso com pacientes psiquiátricos que, porém, tem sido amplamente usado na clínica e em pesquisa com pacientes não psiquiátricos e na população geral. Em pacientes com câncer, o BDI foi utilizado em adolescentes, pacientes com câncer na cabeça e pescoço sob tratamento radioterápico, pacientes com câncer de pâncreas e em mulheres com câncer de mama, avaliando os efeitos da psicoterapia na depressão apresentada por elas (MARCHIORO et al., 1996).

Em resumo, a neoplasia de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres e há diagnósticos tardios no Brasil, já em estágio avançado, com prevalência de metástases ósseas (INCA, 2019). Estudos mostram que as medidas de religiosidade e espiritualidade se comportam como fatores preditivos de bem-estar e suporte social em outras doenças crônicas, potencialmente isso deve ocorrer também no âmbito do controle da dor (SINCLAIR et al., 2006; HARRISON et al., 2005; KOENIG, 2001).

Cicely Saunders – conforme mencionado anteriormente - desenvolveu o conceito de *dor total*, que se traduz na ideia de que o cuidado à pessoa terá eficácia se suas dimensões física, psíquica, social e espiritual forem valorizadas, resgatando assim a integralidade do ser humano e a complexidade da atenção à dor e ao sofrimento (MANCHOLA et al. 2016).

A dor, o sofrimento, a espiritualidade e o sentido da vida são componentes essenciais a todos os envolvidos em uma unidade de cuidados paliativos. Nesse sentido, a espiritualidade deve ser vista como um tipo de cuidado paliativo a ser incorporado e ofertado nos serviços de saúde, uma vez que é parte essencial dos processos de adoecimento, recuperação, cura e morte, enfrentados dia a dia pelo paciente (MANCHOLA et al., 2016). Apesar disso, ainda é pouco avaliada a influência da espiritualidade e depressão em pacientes com dor oncológica.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

- ✓ Relacionar o bem-estar espiritual e sintomas depressivos na percepção de dor em pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Mensurar o bem-estar espiritual, sintomas depressivos e percepção de dor em pacientes com neoplasia metastática;
- ✓ Avaliar o bem-estar espiritual e os sintomas depressivos em pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática;
- ✓ Comparar a percepção da dor com o nível de bem-estar espiritual em pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática;
- ✓ Comparar a percepção da dor com a presença ou não de sintomas depressivos em pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se um estudo observacional, transversal, descritivo, exploratório e correlacional, com abordagem quantitativa, que tem por objetivo avaliar a relação entre o bem-estar espiritual e depressão na percepção de dor em paciente acometidas por neoplasia de mama metastática, através dos seguintes instrumentos: Inventário Breve da Dor (anexo F), FACIT-Sp-12 (anexo G) e Inventário de Depressão de BECK – *Short Form* (anexo H) e um questionário elaborado pelos pesquisadores (apêndice A).

### 4.2 Locais do Estudo

O estudo foi realizado em pacientes atendidas no centro ambulatorial de oncologia da Unimed, um serviço privado referência para o tratamento de câncer na região norte de Santa Catarina, e do ambulatório de oncologia do Hospital Municipal São José, ambos em Joinville. Este último, totalmente público e credenciado como centro de referência de alta complexidade em oncologia (CACON), único no estado de Santa Catarina. Ambos possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento neoplasia de mama.

### 4.3 Amostragem

O quadro amostral foi obtido com base no levantamento do registro ambulatorial de todas as pacientes mulheres, com idade maior ou igual a 18 anos e com CID 10 C50.9 (neoplasia maligna da mama, não especificada) que estavam em acompanhamento regular no Centro de Oncologia da Unimed e no Ambulatório de Oncologia do Hospital São José, em Joinville-SC. A amostragem obtida foi avaliada quanto aos critérios de inclusão através de revisão de prontuários médico e foram separadas as pacientes com neoplasia de mama metastática – estágio clínico IV para

esta pesquisa. Todas as pacientes que apresentavam às características pretendidas para o estudo foram elegíveis para participar do estudo.

#### 4.4 Procedimento da coleta de dados

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (anexo C), foi entrado em contato com cada participante - via telefone - para realizar o convite de participação na pesquisa. As pacientes que aceitaram participar da pesquisa responderam aos instrumentos propostos através de um formulário on-line na Plataforma Formulários Google em virtude da pandemia COVID-19, da necessidade do distanciamento social e da vulnerabilidade devido o quadro de neoplasia avançada. O contato com as pacientes foi feito por 4 estudantes do curso de Medicina da UNIVILLE.

A obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B) foi também através da Plataforma Formulários Google. O link para responder ao questionário foi enviado via endereço eletrônico (e-mail) ou WhatsApp para cada participante.

A seguir encontra-se o link para acesso ao formulário:  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd6hy25ZUgGNcnIXwpGLofZRBUikwqw8JW\\_qzNggq-swFERw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd6hy25ZUgGNcnIXwpGLofZRBUikwqw8JW_qzNggq-swFERw/viewform?usp=sf_link).

Também foi aplicado um questionário (apêndice A) para melhor compreensão do entendimento do bem-estar espiritual pelo sujeito da pesquisa. A coleta de dados foi realizada de outubro de 2020 a março de 2021.

#### 4.5 Critérios de Inclusão

Foram considerados critérios de inclusão: pacientes do gênero feminino, maior ou igual a 18 anos, alfabetizadas, sem déficits intelectuais relatados por familiar ou em prontuário médico, com acesso a endereço eletrônico (e-mail) ou WhatsApp, diagnosticadas com neoplasia de mama - atual estadiamento clínico IV, em seguimento regular no Centro de Oncologia da Unimed e no Ambulatório de Oncologia do Hospital São José. Foi considerado seguimento regular tendo pelo menos 1 consulta médica nos últimos 6 meses no momento da revisão do prontuário.

#### 4.6 Critérios de Exclusão

Foram considerados critérios de exclusão: participante que não tenha respondido ao formulário após realizados 2 contatos telefônicos.

#### 4.7 Instrumentos da Coleta de Dados

##### 4.7.1 Inventário Breve da Dor – BPI

Foram utilizados os itens 3 a 9, referentes à intensidade de dor (itens 3-8) e à interferência da dor em aspectos da vida (item 9, composto por 7 subitens). A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas

##### 4.7.2 *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being: FACIT-Sp-12*

A escala é constituída por 12 itens, contemplando duas subescalas: Sentido/Paz (itens1-8) e Fé (itens 9-12).

As respostas aos itens são apresentadas segundo uma escala de concordância de Likert de cinco pontos (0=nem um pouco até 4=muitíssimo), a pontuação varia de 0 – 48, sendo que valores mais elevados traduzem melhor qualidade de vida/melhor bem-estar espiritual.

##### 4.7.3 Inventário de Depressão de Beck- *Short Form*

Foi utilizada a subescala cognitiva chamada *BDI-Short Form*, recomendada para avaliar sintomas depressivos em indivíduos com diagnóstico de alguma patologia, já que a escala somática pode ser influenciada pela condição médica do paciente. Para identificar inclusive pacientes com sintomas leves, a pontuação maior que 4 determinava a possibilidade de sintomas depressivos, e pontuação maior que 10 – sintomas depressivos moderados a graves. Esse escore apresentou propriedades psicométricas satisfatórias de sensibilidade (0.84) e especificidade (0.63) em mulheres com câncer de mama (LOVE et al., 2004).

#### 4.7.4 Questionário

Foi elaborado um questionário (apêndice A) para avaliar a religião, prática de atividade religiosa, grau de importância dessa atividade, etnia, idade, escolaridade e estado civil.

#### 4.8 Análise Estatística

Os dados obtidos por meio da aplicação do questionário foram digitados duplamente em planilhas do Microsoft Excel – Office 365 e posteriormente confrontados para erro de digitação. As variáveis numéricas foram apresentadas pela média e desvio padrão ou mediana e variação mínima e máxima, conforme distribuição. A amostra foi dividida pela mediana do escore total do FACIT-Sp-12 ( $\leq 33$  ou  $> 33$ ), pela mediana da soma total do escore Inventário Breve de Dor ( $\leq 26,5$  ou  $> 26,5$ ) e pelos valores definidos para presença ou não de sintomas depressivos do Inventário de Depressão de Beck ( $\leq 4$  ou  $> 4$ ). As principais variáveis de interesse foram avaliadas para cada uma das categorizações acima da amostra. Utilizou-se os testes qui quadrado ou Teste Exato de Fischer para as variáveis categóricas e o teste Mann Whitney para as variáveis numéricas. Posteriormente foi avaliado a razão de chance (*odds ratio*, OR) entre as mulheres com maior ou menor bem-estar espiritual pela mediana do FACIT-Sp-12 para a ocorrência de maior percepção de dor. Da mesma forma, mulheres com sintomas depressivos foram comparadas com aquelas sem sintomas depressivos para ocorrência de maior percepção de dor. A razão de chance foi posteriormente ajustada individualmente para as variáveis de confusão. Os escores do FACIT-Sp-12 foram correlacionados com os escores do Inventário Breve de Dor através de regressão linear simples. As análises foram realizadas por meio do programa estatístico STATA versão 15.

#### 4.9 Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade deste trabalho envolve as áreas de Enfermagem, Psicologia, Medicina, Farmácia e Capelania, demonstrando mais uma vez a

importância da atuação transdisciplinar no suporte e atendimento de pacientes com doenças graves, especialmente na neoplasia de mama metastática.

A Enfermagem é o cerne do cuidado, especialmente nas rotinas de acolhimento e internação hospitalar; a Psicologia trabalha a dor emocional, a prevenção do luto complicado e o suporte aos familiares; já a área de Farmácia é fundamental a importância da dispensação e auxílio com medicações; a Capelania tem por objetivo acolher as demandas espirituais, bem como auxiliar no bem-estar espiritual das pacientes e seus familiares; e por fim, a Medicina atua no diagnóstico, seguimento clínico, prescrição de medicações, controle de sintomas e acolhimento aos sofrimentos mais diversos – físico, social, familiar, espiritual e emocional.

## 5 RESULTADOS

Em outubro de 2020, 311 pacientes com neoplasia de mama estavam vinculadas a um serviço privado (convênio Unimed na região de Joinville-SC), 224 (72%) estavam em acompanhamento médico regular no Centro de Oncologia da Unimed de Joinville-SC e 87 (27,9%) estavam em acompanhamento em outros centros oncológicos. Das 224 pacientes, 29 (12,9%) estavam em acompanhamento devido neoplasia de mama metastática. Das 29 pacientes, 3 (10,3%) evoluíram a óbito durante o período da coleta de dados.

De janeiro a dezembro de 2020, 1187 pacientes estiveram em tratamento de neoplasia de mama no serviço público (Ambulatório de Oncologia do Hospital São José); 151 (12,7%) pacientes estavam em seguimento por neoplasia de mama metastática - 117 (77,4%) estavam em acompanhamento médico regular e 34 (22,5%) evoluíram a óbito durante o ano de 2020.

Neste estudo, 30 pacientes responderam ao formulário on-line da Plataforma Google, no período de outubro de 2020 a março de 2021; 6 (20%) estão em acompanhamento em serviço privado e 24 (80%) estão em acompanhamento em serviço público. A média de idade foi de 57,3 anos; em relação a etnia, 28 (93,3%) consideram-se brancas; 18 (60%) são casadas ou têm união estável e estão em média 24,9 anos juntas com seu companheiro. A média de anos de estudo foi de 9,6. A maioria (57%) tem diagnóstico de neoplasia de mama há mais de 5 anos (tabela 1).

Em relação a metástases, 24 (42,9%) têm metástases ósseas, 8 (14,3%) têm metástases pulmonares, 11 (19,6%) têm metástases hepáticas e 13 (23,2%) têm metástases em outros sítios (linfonodos, mama, sistema nervoso central, peritônio). A média do número de sítios de metástases é de 1,9 nas 30 pacientes (tabela 1).

Quanto ao uso de medicações para o controle da dor, 19 (63,3%) pacientes afirmam fazer uso de medicação, dentre as quais 11 (36,7%) fazem uso de analgésicos simples, 7 (23,3%) fazem uso de opioides fracos, 7 (23,3%) fazem uso de opioide forte (morfina) e nenhuma faz uso de medicações adjuvantes (tabela 1).

Em relação a religião, a maioria é católica (43%) e realiza três vezes ou mais na semana alguma prática religiosa/espiritual (40,7%). Dentre as pacientes que realizam prática religiosa/espiritual, a maioria (63%) realiza em grupo e 22 (73,3%) possuem familiares com a mesma religião (tabela 2).

Tabela 1 - Características gerais da amostra.

<b>Variáveis</b>	<b>Número Absoluto ou Média</b>	<b>Porcentagem ou DP</b>
<b>Idade</b>	57,3	17,1
<b>Hospital de Atendimento</b>	8	53
Privado	6	20,0
Público	24	80,0
<b>Etnia Branca, sim</b>	28	93,3
<b>Casada ou União Estável, sim</b>	18	60,0
<b>Tempo de Casada ou União Estável, anos</b>	24,9	13,1
<b>Anos de Estudo</b>	9,6	4,8
<b>Tempo do Diagnóstico do Câncer, anos</b>		
1-5 anos	13	43,0
> 5 anos	17	57,0
<b>Número de Sítios de Metástases</b>	1,9	0,8
<b>Sítios de Metástases*</b>		
Óssea	24	42,9
Pulmonar	8	14,3
Fígado	11	19,6
Outro	13	23,2
<b>Uso de Analgésicos, sim</b>	19	63,3
Analgésicos Simples*	11	36,7
Opioide Fraco*	7	23,3
Opioide Forte*	7	23,3

DP= desvio padrão; \* o participante poderia marcar mais de uma resposta.

Tabela 2 - Característica da manifestação de religiosidade/espiritualidade.

<b>Variáveis</b>	<b>Número Absoluto</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Religião</b>		
Católica	13	43,3
Evangélica/Protestante	7	23,3
Espírita	8	26,7
Sem religião	2	6,7
<b>Faz alguma atividade R/E, sim</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>
<b>Frequência atividade R/E na semana (n=27)</b>		
Uma vez na semana	10	37,0
Dois vezes na semana	6	22,0
Três ou mais vezes na semana	11	40,7
<b>Com quem faz atividade R/E (n=27)</b>		
Sozinha	10	37,0
Em grupo	17	63,0
<b>Algum familiar possui a mesma religião, sim</b>	<b>22</b>	<b>73,3</b>
<b>Importância da R/E</b>		
Relativa Importância	1	3,3
Importante	2	6,7
Muito Importante	27	90,0

R/E= religiosa/espiritual.

O escore da mediana do Inventário de Depressão de Beck foi de 4,5 pontos, sendo 15 (50%) participantes com escore menor que 5, 12 (40%) com escore maior que 4 e a minoria – 3 (10%) participantes com escore maior que 10 (tabela 3).

Quanto ao bem-estar espiritual – FACIT-Sp-12, o escore total médio foi de 33 (varia de 0-48 pontos); no que se refere ao domínio sentido/paz a média foi de 19,5 (varia de 0-32 pontos) e 14 (0-16 pontos) no domínio fé (tabela 3).

Em relação ao Inventário Breve da Dor, a mediana em relação intensidade da dor (somatório dos itens 3, 4, 5 e 6) foi 8 e a mediana em relação a interferência da dor nas últimas 24 horas (somatório do item 9) foi 15. A porcentagem de alívio da dor nas últimas 24 horas (item 8) foi de 80% (tabela 3).

Tabela 3 - Escores dos instrumentos utilizados.

<b>Variáveis</b>	<b>Mediana ou Valor Absoluto</b>	<b>Variação Interquartil* ou Porcentagem</b>
<b>Inventário de Depressão de Beck</b>		
Escore Total	4,5	3/9
Por Categoria		
Sem depressão (escore <5)	15	50,0
Sintomas leves (escore 5-10)	12	40,0
Sintomas moderados (escore >10)	3	10,0
<b>FACIT- Sp-12</b>	27	90,0
Escore Total	33	28,75/33
Domínio Fé	14	11/15
Domínio Sentido/Paz	19,5	17/21
<b>IBP</b>	11	40,7
<b>IBD Intensidade de Dor [mediana; mínimo/máximo]</b>	8	5/17
<b>IBD Interferência de Dor [mediana; variação interquartil]</b>	15	6/43
<b>Porcentagem de Alívio da Dor nas Últimas 24h [mediana; variação interquartil]</b>	8	2/10
<b>Escore Total</b>	26,5	10/64

\* Variação interquartil: percentil 25/percentil 75

A mediana da soma total do escore FACIT-Sp-12 foi 33, sendo menor ou igual a 33 as participantes que expressam menor bem-estar espiritual e maior que 33 as que expressam maior bem-estar espiritual – divididos em 2 grupos. Apesar de não significativo estatisticamente, observou-se que as mulheres com escore de bem-estar espiritual acima da mediana apresentaram maior tempo de união estável/casadas, diagnóstico de neoplasia de mama há menos de 5 anos, menor tempo de escolaridade, menor uso de medicações para dor, menor interferência da dor - conforme tabela 3. Mulheres com escore de bem-estar espiritual abaixo da mediana apresentaram maior tempo de diagnóstico de neoplasia de mama, maior uso de

medicações para dor, incluindo opioides fortes, bem como maior intensidade e interferência da dor nas atividades da vida diária (tabela 4).

Tabela 4 - Análise das variáveis pela mediana FACIT-Sp-12.

Variável	Mediana FACIT-Sp-12 ≤ 33		Mediana FACIT-Sp-12 > 33		Valor P
	Número Absoluto ou Média	Percentagem ou Desvio Padrão	Número Absoluto ou Média	Percentagem ou Desvio Padrão	
<b>Idade</b>	57,4	19,1	57,0	13,7	0,611
<b>Casada/União estável, sim</b>	10	52,6	8	72,7	0,442
<b>Tempo Casada/União estável, anos</b>	21,4	10,4	28,7	15,4	0,167
<b>Tempo de Estudo, anos</b>	10,8	4,1	7,4	5,4	0,077
<b>Tempo de Diagnóstico</b>					0,132
1 a 5 anos	6	31,6	7	63,6	
> 5 anos	13	68,4	4	36,4	
<b>Hospital</b>					1,000
Privado	4	21,1	2	18,2	
Público	15	78,9	9	81,8	
<b>Faz Atividade R/E, sim</b>	16	84,2	11	100,0	0,279
<b>Número de sítios de metástases</b>	1,7	0,8	2,1	0,7	0,250
<b>Uso de medicamento para controle da dor, sim</b>	14	73,7	5	45,5	0,238
<b>Analgésicos simples</b>	6	31,6	5	45,5	0,696
<b>Analgésicos opioides fracos</b>	4	21,1	3	27,3	1,000
<b>Analgésicos opioides fortes</b>	7	36,8	0	0	0,029
<b>IDB Escore Total</b> [mediana; variação interquartil]	6,0	4/10	3,0	2/4	0,021
<b>IDB Intensidade de Dor</b> [mediana; mínimo/máximo]	14	4/21	7	5/12	0,395
<b>IDB Interferência de Dor</b> [mediana; variação interquartil]	31	0/48	14	6/36	0,358
<b>Percentagem de Alívio da Dor nas Últimas 24h</b> [mediana; variação interquartil]	8	2/9	8	7/10	0,672

IDB = Inventário de Depressão de Beck; IBD = Inventário Breve de Dor;  
R/E= religiosa/espiritual

A mediana da soma total do escore Inventário Breve de Dor foi 26,5, sendo menor ou igual a 26,5 as participantes que expressam menor dor e maior que 26,5 as que expressam maior dor – divididos em 2 grupos. Apesar de não significativo estatisticamente, observou-se que as mulheres com escore de dor abaixo da mediana apresentaram menor média de idade, maior tempo de escolaridade e menor uso de medicações analgésicas. Já mulheres com escore de dor acima da mediana pertenciam em sua maioria ao sistema público de saúde, tinham maior tempo de diagnóstico e faziam uso de opioides fortes (tabela 5).

A mediana da soma total do escore Inventário de Depressão de Beck foi 4, sendo menor ou igual a 4 as participantes que não expressam sintomas depressivos e maior que 4 as que expressam sintomas depressivos leves – divididos em 2 grupos. Apesar de não significativo estatisticamente, observou-se que as mulheres com escore de depressão abaixo da mediana apresentaram um relacionamento estável e maior tempo de união, consultam no sistema privado, maior bem-estar espiritual, fazem menor uso de medicações analgésicas, têm menos dor e menor interferência da dor em aspectos da vida cotidiana (tabela 6).

A regressão linear entre os escores totais do FACIT-Sp-12 e escore total do Inventário Breve de Dor não demonstrou uma correlação significativa ( $\beta$  coeficiente = -0,02; IC 95% -0,83 a 0,41;  $p=0,492$ ). Da mesma forma quando avaliado separadamente os domínios paz e fé não houve uma correlação com o escore do Inventário Breve de Dor (Domínio Paz  $\beta$  coeficiente = -0,03; IC 95% -0,06 a 0,10;  $p=0,160$  e Domínio Fé  $\beta$  coeficiente = 0,001; IC 95% -0,02 a 0,04;  $p=0,779$ ). As figuras de 1 a 3 demonstram a dispersão dos resultados entre os escores.

O maior escore de R/E (grupo com mediana FACIT-Sp-12 >33) não se mostrou um fator protetor significativo para um menor escore de dor (mediana IBD  $\leq 26,5$ ), não ajustado OR=0,42; IC 95% 0,08-2,04;  $p=0,264$ . Após ajuste para potenciais fatores de confusão, a maior R/E permaneceu não associado ao menor escore de dor de forma significativa (ajustado para o estado civil OR<sub>M-H</sub>=0,35; IC 95% 0,06-1,88;  $p=0,201$ , para uso de medicação para dor OR<sub>M-H</sub>=0,59; IC 95% 0,12-2,95;  $p=0,517$ , para presença de sinais de depressão, OR<sub>M-H</sub>=0,61; IC 95% 0,10-3,53;  $p=0,577$ , ou para o tempo de doença OR<sub>M-H</sub>=0,52; IC 95% 0,11-2,50;  $p=0,411$ ).

Não houve associação significativa entre apresentar maior escore de depressão (grupo com mediana IDB >4) com maior escore de dor (mediana IBD > 26,5), OR=3,00; IC 95% 0,62-14,46;  $p=0,150$ ).

Tabela 5 - Análise das variáveis pela mediana Inventário Breve de Dor- IBD.

Variável	Mediana IBD ≤ 26,5		Mediana IBD > 26,5		Valor <i>P</i>
	Número Absoluto ou Média	Percentagem ou Desvio Padrão	Número Absoluto ou Média	Percentagem ou Desvio Padrão	
<b>Idade</b>	56,1	17,7	58,4	17,0	0,713
<b>Casada/União estável, sim</b>	8	53,3	10	66,70	0,709
<b>Tempo Casada/União estável, anos</b>	25,2	13,3	24,6	13,7	0,743
<b>Tempo de Estudo, anos</b>	10,3	5,4	8,9	4,3	0,412
<b>Tempo de Diagnóstico</b>					0,461
	1 a 5 anos	8	53,3	5	33,3
	> 5 anos	7	46,7	10	66,7
<b>Hospital</b>					0,651
	Privado	4	26,7	2	13,3
	Público	11	73,3	13	86,7
<b>Faz Atividade Religiosa, sim</b>	14	93,3	13	86,7	1,000
<b>Número de sítios de metástases</b>	2	1/3	2	1/2	0,367
<b>Uso de medicamento para controle da dor, sim</b>	7	46,7	12	80,0	0,130
<b>Analgésicos simples</b>	5	33,3	6	40,0	1,000
<b>Analgésicos opioides fracos</b>	4	26,7	3	20,0	1,000
<b>Analgésicos opioides fortes</b>	1	6,7	6	40,0	0,080
<b>Inventário Depressão Beck Escore Total</b> [mediana; variação interquartil]	4	3/6	8	3/10	0,217
<b>FACIT-Sp-12 Domínio Paz, Escore Total</b>	20,0	2,8	18,5	2,6	0,148
<b>[FACIT-Sp-12 Domínio Fé, Escore Total</b>	13,0	2,4	13,2	2,7	0,683
<b>FACIT-Sp-12 Escore Total</b>	33,0	4,9	31,7	4,4	0,412

Tabela 6 - Análise das Variáveis pela Mediana Inventário Depressão de Beck (IDB- *Short Form*).

Variável	Mediana IDB ≤ 4		Mediana IDB > 4		Valor <i>P</i>
	Número Absoluto ou Média	Percentagem ou Desvio Padrão	Número Absoluto ou Média	Percentagem ou Desvio Padrão	
<b>Idade</b>	60,3	17,8	54,2	16,3	0,285
<b>Casada/União estável, sim</b>	10	66,7	8	53,3	0,709
<b>Tempo Casada/União estável, anos</b>	29,4	14,8	19,7	9,2	0,114
<b>Tempo de Estudo, anos</b>	9,0	4,8	10,2	5,0	0,624
<b>Tempo de Diagnóstico</b>					0,749
1 a 5 anos	6	37,5	7	50,0	
> 5 anos	10	62,5	7	50,0	
<b>Hospital</b>					0,651
Privado	4	26,7	2	13,3	
Público	11	73,7	13	86,7	
<b>Faz Atividade Religiosa, sim</b>	13	86,7	14	93,3	1,000
<b>Número de sítios de metástases</b>					0,683
<b>Uso de medicamento para controle da dor, sim</b>	7	46,7	12	80,0	0,130
<b>Analgésicos simples</b>	5	33,3	6	40,0	1,000
<b>Analgésicos opioides fracos</b>	3	20,0	4	26,7	1,000
<b>Analgésicos opioides fortes</b>	2	13,3	5	33,3	0,390
<b>FACIT-Sp-12 Total</b>	34,7	4,1	30,1	4,0	0,003
<b>FACIT-Sp-12 Domínio Paz, Escore Total</b>	20,7	2,5	17,8	2,4	0,003
<b>FACIT-Sp-12 Domínio Fé, Escore Total</b>	13,9	2,1	12,3	2,7	0,089
<b>IBD Intensidade de Dor [mediana; mínimo/máximo]</b>	6	0/14	16	6/25	0,021
<b>IBD Interferência da Dor [mediana; mínimo/máximo]</b>	13	0/40	31	6/48	0,345
<b>Percentagem de Alívio da Dor nas Últimas 24h [mediana; mínimo/máximo]</b>	9	7/10	7	2/9	0,285

Figura 1- Dispersão Escore FACIT-Sp-12 Total e Inventário Breve de Dor.

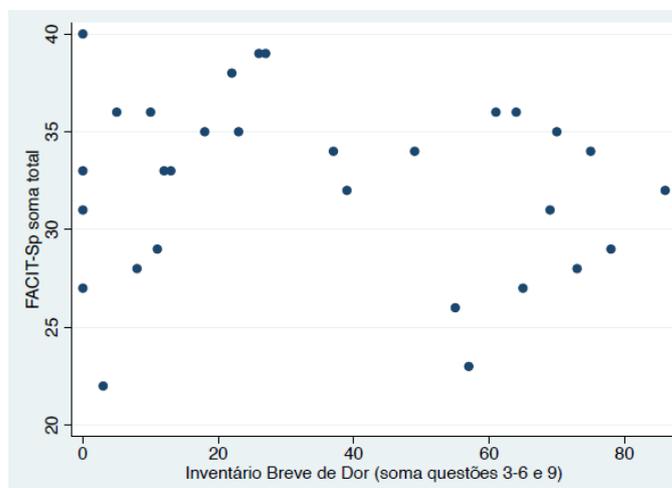


Figura 2 - Dispersão Escore FACIT-Sp-12 Domínio Paz e Inventário Breve de Dor.

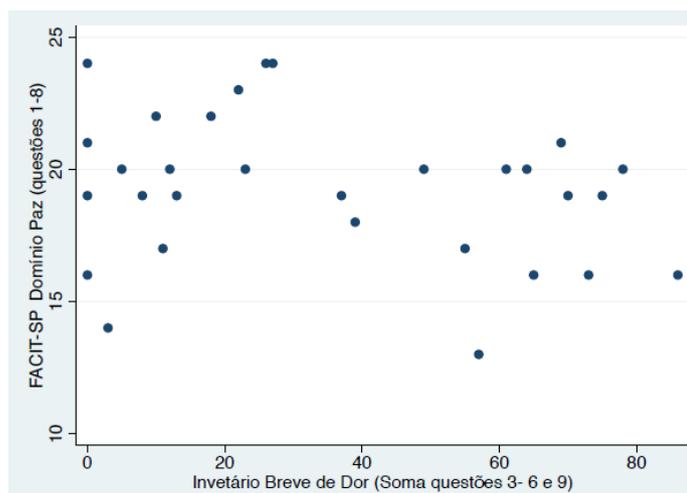
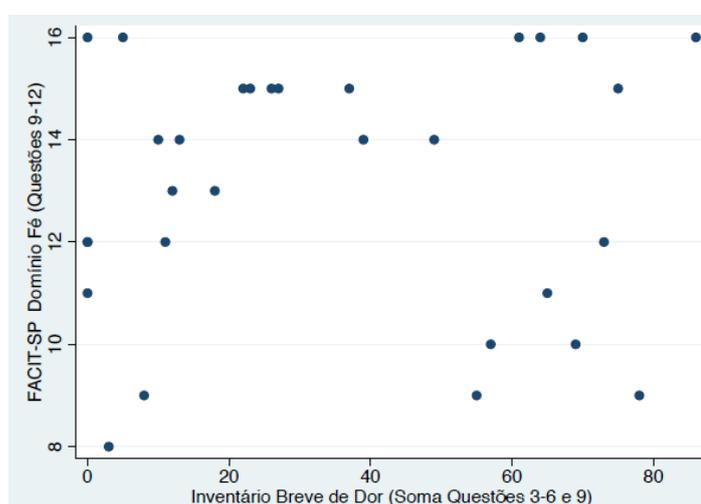


Figura 3 - Dispersão Escore FACIT-Sp-12 Domínio Fé e Inventário Breve de Dor.



## 6 DISCUSSÃO

Neste estudo foi avaliada a relação entre bem-estar espiritual e depressão na percepção de dor em pacientes com neoplasia de mama metastática de serviços ambulatoriais público e privado. Na amostra estudada, não houve diferença estatística significativa da percepção da dor em relação ao bem-estar espiritual e sintomas depressivos. Uma maior manifestação de bem-estar espiritual pode estar relacionada a menores índices de depressão.

### **Perfil da população pesquisada**

Com relação as principais características de amostra estudada, a média de idade encontrada foi semelhante à média de pacientes com câncer de mama segundo os dados publicados pelo INCA (2019). Além disso, a maioria das participantes do presente estudo faziam acompanhamento em serviço público; com predomínio de mulheres brancas e casadas/união estável. Percebeu-se também que o nível de escolaridade médio da amostra se encontrava acima do nível escolar fundamental.

A maioria das participantes era de denominação religiosa cristã (católica), dado que corresponde a religião predominante na cidade de Joinville no último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, onde mais de 335.000 habitantes são católicos (IBGE, 2012). Apesar da pesquisa ter se realizado no contexto do isolamento pela pandemia do COVID-19, a maioria delas realizam alguma prática espiritual/religiosa e sendo em grupo.

Com relação aos sítios metastáticos mais comuns descritos na literatura em pacientes com câncer de mama, o pulmão, o osso e o fígado são os mais encontrados (LEE, 1983). Em nossa amostra, tais sítios foram também os mais prevalentes. Metástases ósseas são uma frequente complicação do câncer e ocorrem em mais de 70% de paciente com câncer de mama avançado (COLEMAN; RUBENS, 1987).

### **O bem-estar espiritual na paciente com neoplasia de mama metastática**

No presente estudo, participantes com escore de bem-estar espiritual acima da mediana apresentaram menos sintomas depressivos, maior alívio da dor nas últimas 24 horas, tiveram seu diagnóstico de neoplasia de mama há menos de 5 anos e maior tempo – em anos – em um relacionamento estável.

Os pacientes oncológicos, muitas vezes, enfrentam conflitos emocionais e espirituais, bem como o medo da morte. Durante esse processo de adoecimento, esses pacientes vivenciam várias atitudes como formas de lidar com a doença, como, por exemplo, os cinco estágios descritos por Elisabeth Kübler-Ross: negação parcial ou total da doença, ira/revolta, barganha, depressão e aceitação. Nesse sentido, os aspectos existenciais e espirituais do paciente oncológico durante o adoecimento podem ganhar um valor significativo ao constituir atitudes de enfrentamento da doença, fatos que podem estar relacionados com a espiritualidade, a depressão e a qualidade de vida (MIRANDA et al, 2015).

Vários estudos científicos enfatizam a espiritualidade, saúde e qualidade de vida dos pacientes crônicos e terminais. Alguns teóricos consideram que a espiritualidade pode constituir uma forma de ressignificação para o sentido da vida e da morte (ELIAS; GIGLIO, 2001; VALLE; FORGHIERI, 1988). Valle e Forghieri (1988) afirmam que a espiritualidade vem ao encontro das necessidades de preencher o vazio explicativo para a doença que se instala ou para a morte que se aproxima. Nesse sentido, a espiritualidade pode ser entendida como uma busca de completude, um fechamento do ser-no-mundo, abrandando a dor e favorecendo a aceitação dolorosa do luto, ao constituir um tipo de ajuda que transcenda a si mesmo (MIRANDA et al, 2015).

Entretanto, é preciso compreender que antes de o paciente em fase final de vida se ajustar às suas necessidades espirituais, ele precisa ter seus desconfortos físicos aliviados e controlados. Uma pessoa com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada pelos pacientes que estão morrendo (PERES et al, 2007).

A dor é um sintoma físico comum em pacientes oncológicos, que pode ultrapassar para a dimensão psicossocial. O tratamento tradicional consiste no uso de fármacos analgésicos e opioides para aliviar os sintomas físicos, embora os conflitos psicológicos sejam capazes de interferir no controle da dor. A intensidade da dor é maior em pacientes oncológicos angustiados quando comparados aos pacientes que confiam no futuro e em Deus, corroborando que a espiritualidade é um bom mecanismo de enfrentamento da dor (GIELEN et al. 2017). Dessa forma, pacientes com um maior escore de bem-estar espiritual na amostra apresentaram maior alívio da dor nas últimas 24 horas; assim, a espiritualidade pode ser considerada como uma

ferramenta no alívio da dor, e também, pacientes com dor controlada podem se beneficiar do controle de sintomas físicos para então desenvolver um maior bem-estar espiritual.

Estudos apontam para uma correlação entre bem-estar espiritual, existencial e qualidade de vida. Um estudo com 130 mulheres com câncer de mama apontou que 42% da variância em relação à qualidade de vida foi relacionada à espiritualidade, bem-estar espiritual, idade, espírito de luta, estilo de vida, vigor e fadiga (MIRANDA et al, 2015).

Sabe-se que bem-estar espiritual mais elevado está associado com menor sofrimento e com maior adaptação à doença. Um estudo dinamarquês utilizou o FACIT-Sp12 e examinou até que ponto o bem-estar espiritual e os aspectos da fé associavam-se com angústia e saúde mental entre 1043 pacientes sobreviventes ao câncer. Foi encontrada associação entre maior bem-estar espiritual e menor angústia total e maior adaptação ao contexto da doença, logo entendeu-se que o bem-estar espiritual se associou ao menor sofrimento e a melhor saúde mental, apesar de alguns aspectos específicos da fé terem sido ambíguos, podendo ser tanto positiva quanto negativamente associados à aflição e saúde mental, evidenciando a complexidade da interação entre saúde psicológica e fé em sobreviventes ao câncer (JOHANNESSEN et al, 2013). Logo, as pacientes que apresentaram tempo de diagnóstico superior a 1 ano e maior mediana no escore FACIT-Sp-12, corroboraram com a hipótese de maior bem-estar espiritual e maior adaptação ao contexto da doença.

O estudo *The Religion and Spirituality in Cancer Care Study* avaliou 75 pacientes com câncer avançado e a maioria dos pacientes (77,9%), acreditavam que o cuidado espiritual poderia ser benéfico, no entanto, apenas 25% deles havia recebido este tipo de cuidado previamente (PHELPS et al, 2012).

De acordo com Fehring, Miller e Shaw (1997), em seus estudos realizados com pacientes idosos com câncer, o bem-estar espiritual significou um fator de proteção enquanto atitude positiva de combate à enfermidade.

Com o objetivo de determinar se o bem-estar espiritual se relacionava com qualidade de vida, sexo, estado civil, topografia do câncer e estágio da doença, pesquisadores utilizando um delineamento transversal e o FACIT-Sp-12, entrevistaram 159 pacientes árabes muçulmanos com câncer. Foi encontrado o bem-estar físico correlacionado de forma negativa com o FACIT-Sp-12 em homens, divorciados e com doença em estágio IV, enquanto houve correlação positiva entre o

bem-estar social e o FACIT-Sp-12 para indivíduos entre 18-34 e 35-49 anos, em ambos os sexos, casados, solteiros e divorciados que tinham câncer de mama, osso, gastrointestinais e sarcomas em estádios III e IV. O bem-estar emocional foi correlacionado negativamente com o FACIT-Sp-12 somente em homens, entre 35 a 49 anos, solteiros e com doença em estádios III e IV. (LAZENBY; KHATIB, 2012). Logo, o instrumento mostrou-se eficaz em mulheres com neoplasia de mama estágio clínico IV e com maior tempo em um relacionamento estável. O apoio do cônjuge foi relatado como efetivo no que se refere ao sentimento de pertença a um meio familiar e de não estar lutando sozinho (MIRANDA et al, 2015).

### **A percepção de dor na paciente com neoplasia de mama metastática**

Participantes com escore do Inventário Breve da Dor abaixo da mediana apresentaram menor média de idade, menor uso de medicamentos para dor e a maioria tratava-se em serviço privado.

Acredita-se que pacientes mais jovens sentem menos dor em relação a pacientes com maior faixa etária e suscetíveis a dores crônicas não-oncológicas. Pois, quando a doença e a dor acometem o idoso, deve-se levar em consideração que o processo de envelhecimento suscita alterações fisiológicas no corpo humano, e este, quando exposto aos tratamentos oncológicos, pode ter maior sensibilidade a alguns analgésicos, com a possibilidade de manifestar maior potencialidade a efeitos adversos, toxicidade e problemas de metabolismo com a droga, exigindo doses de opiáceos cuidadosamente calculadas para se obter a analgesia adequada. Consequentemente, pode haver uma intensificação da dor, que repercute no enfrentamento do tratamento da doença e na qualidade de vida deste idoso (IASP, 2009).

Comportamentos de dor (por exemplo, queixas verbais, dificuldade na deambulação) estão associados à dor e incapacidade do paciente, e podem ser parcialmente atribuídos a outros fatores além da estimulação nociceptiva. Pacientes deprimidos com dor crônica apresentam mais comportamentos de dor do que pacientes não deprimidos, sugerindo que variáveis psicológicas desempenham um papel importante (KEEFE et al, 1986). A percepção da dor é afetada por variáveis como fadiga, insônia, medo, ansiedade, raiva, tristeza, depressão, isolamento social, percepção alterada de autoimagem e comprometimento da capacidade funcional (MEHTA; CHAN, 2008).

A dor é um dos efeitos adversos relatados com mais frequência que ocorre como parte do processo da doença ou como um efeito colateral de tratamento. É um problema para a maioria dos pacientes com câncer de mama e tem um efeito desfavorável na qualidade de vida. A frequência da dor aumenta à medida que a doença progride, causando desconforto físico, emocional, espiritual e funcional. Isso impede o desempenho das atividades diárias e perturba os hábitos de sono e alimentação (COSTA et al, 2017) e está frequentemente associada metástases ósseas ou compressões nervosas devido o crescimento do tumor.

Acredita-se que pacientes vinculadas a serviços privados têm maior acesso a terapia medicamentosa e medidas não-farmacológicas para alívio da dor – como terapias integrativas, bem como consultas médicas e multiprofissionais mais frequentes. Logo, têm melhor controle de queixas álgicas e sintomas físicos.

O manejo da dor deve incluir avaliações regulares, uso adequado de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas. A educação do profissional da saúde sobre o manejo da dor deve ter seu foco principal nos cuidados de suporte e cuidados de final de vida, e deve incluir os princípios universais de tratamento da dor: uso seguro e eficaz de opioides fortes para o alívio da dor do câncer, conhecimento das diferenças dos efeitos analgésicos dos diversos medicamentos, monitoramento preciso dos níveis de dor e bem-estar dos pacientes, identificação de emergências relacionadas à dor (fratura óssea, compressão da medula espinhal ou obstrução intestinal) (MELDRUM, 2005).

Também, participantes com escore do Inventário Breve da Dor abaixo da mediana apresentaram menor tempo de diagnóstico de doença, maior bem-estar espiritual e não apresentaram sintomas depressivos.

Estudo multicêntrico procurou verificar se a espiritualidade seria um recurso importante para 580 pacientes que apresentavam dores crônicas. Foi constatado que os pacientes utilizavam tal construto como forma de enfrentamento ativo durante a condição de doença e de quadros álgicos (BUSSING et al, 2009).

Um menor tempo de diagnóstico da doença pode estar associado a menor dor, uma vez que queixas álgicas aumentam a medida que a doença progride.

Não houve diferença significativa em relação a relacionamento e tempo de união. Porém, sabe-se pacientes que são casados ou estão em um relacionamento sério, sua relação com o parceiro é frequentemente um dos seus principais recursos de enfrentamento, e que frequentemente dependem de seus parceiros para fornecer

cuidados e apoio quando estão sentindo dor (LEONARD et al, 2006). A literatura sobre o câncer mostra que o apoio conjugal é fundamental para o tratamento do paciente (MANNE; BADR; 2010), logo, acredita-se que um relacionamento estável pode ser um fator protetor em relação ao sofrimento enfrentado pelas mulheres com diagnóstico de neoplasia de mama, pois a participação e o apoio da família são importantes, em todos os sentidos, seja na forma de auxílio às atividades diárias, suporte durante o tratamento, reabilitação e estímulo à superação das limitações (CARDOSO et al, 2012).

### **A depressão na paciente com neoplasia de mama metastática**

Participantes com escore abaixo da mediana do Inventário de Depressão de BECK apresentaram maior média de idade, maior tempo de relacionamento estável, maior tempo de diagnóstico da doença, maior bem-estar espiritual e, menor intensidade e interferência da dor, bem como menor uso de medicações para dor. A maior parte das pacientes estudadas não apresentou alterações importante de humor, segundo a classificação a partir dos escores de Inventário de Depressão de Beck (IDB) – *Short Form*.

Embora o diagnóstico de câncer de mama traga impacto em várias áreas da vida da paciente, inclusive desencadeando alterações de humor, percebeu-se que algumas mulheres manifestaram sintomas depressivos subsindrômicos, mas a grande maioria não apresentou depressão maior (sintomas depressivos clinicamente importantes).

Depressão, a síndrome psiquiátrica que recebeu mais atenção em indivíduos com câncer, tem sido um desafio para estudos porque os sintomas ocorrem em um espectro que varia de tristeza a grande desordem afetiva, e porque a mudança de humor é muitas vezes difícil de avaliar quando um paciente é confrontado por repetidas ameaças à vida, está recebendo tratamentos de câncer, está cansado, ou está sentindo dor.

O diagnóstico de câncer representa uma sobrecarga emocional, porém, o aparecimento da depressão parece estar muito mais relacionado às características inerentes à paciente (sua personalidade e comorbidades pré-câncer) do que às características relacionadas ao câncer e seu tratamento (CANTINELLI et al., 2006), e o diagnóstico pode também desencadear transtorno de adaptação ou ser gatilho de

distúrbios afetivos (principalmente depressão), ansiedade ou até mesmo psicoses (DSM IV, 2000).

Hopwood e colegas relataram que pacientes ambulatoriais com câncer de mama avançado tinham um 20% de prevalência de depressão em um estudo e 9% de depressão em outro. Pinder e colegas encontraram uma prevalência de 13% de depressão em câncer de mama avançado; níveis aumentados de depressão foram encontrados em aqueles com menor nível socioeconômico, pior desempenho status, e maior proximidade da morte.

No estudo de Love *et al.* (2004) a prevalência verificada foi 32,6%, porém foram avaliadas mulheres com câncer de mama em estágio avançado e identificaram a prevalência de transtorno depressivo (depressão maior e menor).

### **Inter-relações entre bem-estar espiritual, depressão e dor no enfrentamento da neoplasia de mama metastática**

Embora um maior escore de bem-estar espiritual não se mostrou associado significativamente a um menor escore de dor, o estudo mostrou um efeito protetor que deve ser mais bem explorado em estudos futuros.

Acreditamos que a amostra reduzida do presente estudo possa ter comprometido a verificação de uma associação protetora significativa. Porém, a maior manifestação de bem-estar espiritual pode sim ser considerada um efeito positivo relacionado a depressão, bem como relacionamentos estáveis e relações familiares atuam positivamente como fonte de apoio e suporte para essas participantes.

Devido a pandemia da COVID-19 e as medidas de isolamento social, houve a necessidade de adaptar a coleta de dados para o formato online, uma vez que pacientes oncológicas em tratamento pertencem ao grupo de risco. Este fato pode ter contribuído para a menor adesão das participantes e o formulário digital pode ter limitado o aprofundamento em questões mais relevantes. Porém, os instrumentos utilizados eram reconhecidos e validados, e estavam também presentes na maioria dos estudos que envolviam espiritualidade, depressão e dor.

## 7 CONCLUSÃO

O presente estudo deve ser interpretado com cautela devido a sua amostra pequena. Nossos achados demonstram uma associação da presença de maior espiritualidade em pacientes com menos sintomas depressivos, maior alívio da dor nas últimas 24 horas, que tiveram seu diagnóstico de neoplasia de mama há menos de 5 anos e maior tempo de relacionamento estável. Já em relação aos sintomas depressivos, a ausência dos sintomas apresentou-se em pacientes com maior média de idade, maior tempo de relacionamento estável, maior bem-estar espiritual, maior tempo de diagnóstico de doença e, menor intensidade e interferência da dor, bem como menor uso de medicações para dor.

A espiritualidade é uma das estratégias de enfrentamento mais utilizada pelas pacientes com câncer, especialmente durante períodos de maior demanda psíquica, como por exemplo, após o diagnóstico inicial, início de quimioterapia, suspensão do tratamento antineoplásico, ao ser encaminhado aos cuidados paliativos, dentre outras situações desgastantes. Apesar da importância da assistência às necessidades espirituais das pacientes, é um assunto ainda pouco abordado na literatura científica e nos cursos de graduação, gerando uma falta de preparo e segurança dos profissionais para lidar com o tema. Em muitos locais também não está disponível o Serviço de Capelania. Práticas espirituais/religiosas, tais como oração, meditação ou reflexão, devem ser mais bem avaliadas em estudos futuros como meios de obter maior conforto físico, psicológico e social, proporcionando maior bem-estar ao paciente. Logo, é de fundamental importância considerar a ampliação dos cuidados de pacientes com neoplasia de mama no contexto de suporte espiritual para o melhor controle de sintomas algícos e depressivos.

É necessário - para a melhora na qualidade de vida - integrar aspectos da espiritualidade e alívio do sofrimento emocional. Futuras pesquisas na área são necessárias para se definir o exato papel da religiosidade e/ou espiritualidade e depressão na prevalência, impacto e tratamento de pacientes com dor oncológica.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFANO Catherine M, MOLFINO Alessio, MUSCARITOLI Maurizio. Interventions to promote energy balance and cancer survivorship: priorities for research and care. *Cancer*, suppl 11, p.2143-50, 2013.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV-TR)* 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

ARAÚJO, Natália Camila de. A capacidade de resiliência de mulheres acometidas por câncer de mama que sofreram alteração da imagem corporal. *Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia*., Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais., ano 7, ed. 2, 2010. Disponível em: <https://docplayer.com.br/4595244-A-capacidade-de-resiliencia-de-mulheres-acometidas-por-cancer-de-mama-que-sofreram-alteracao-da-imagem-corporal.html>. Acesso em: 9 fev. 2021.

BALBONI, Tracy A.; VANDERWERKER, Lauren C.; BLOCK, Susan D.; PAULK, M. Elizabeth; LATHAN, Christopher S.; PETEET, John R.; PRIGERSON, Holly G. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*, [s. l.], v. 25, p. 555–60, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515558/> Acesso em 08 fev. 2021.

BARBOSA, Roberta Maria de Melo et al. A Espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em Cuidados Paliativos. *Rev. SBPH*, v.20, n. 1, 2017.

BECK, Aaron T.; STEER, Robert A.; CARBIN, Margery G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 77-100, 1988. DOI [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0272735888900505>. Acesso em: 9 fev. 2021.

BRAY, Freddie *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, [S. l.], p. 394-424, 12 set. 2018. DOI 0.3322/caac.21492. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

BOFF, RA *et al.* Manual de diagnóstico e terapêutica em mastologia. Caxias do Sul: Mesa Redonda, 2008.

BÜSSING, Arndt *et al.* "Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions?." *Pain medicine (Malden, Mass.)*, v. 10, p. 327-39, 2009. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x

CANGUSSU, Renata de Oliveira *et al.* Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck - Short Form. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 106-110, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000200005>. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000200005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 fev. 2021.

CANTINELLI, Fábio Scaramboni *et al.* A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 124-133, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000300002>.

CARDOSO, Daniela Habekost *et al.* Viver com câncer: a percepção de pacientes oncológicos. *Journal of Nursing and Health*, v. 2, n. 2, p 461-74, 2012.

CARVALHO, Mara Villas Boas de; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 951-959, Dec. 2005. Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600006>.

CLEELAND, Charles S; RYAN, Karen M. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singap*, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 129-38, mar 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8080219/>. Acesso em: 9 fev. 2021.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3641-3652, 2015.

COLEMAN RE, RUBENS RD. The clinical course of bone metastases from breast cancer. *Br J Cancer*, v. 55, p. 61-6, 1987.

COSTA, Weruska Alcoforado et al. "Pain and quality of life in breast cancer patients." *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, v. 72, p. 758-763, 2017. doi:10.6061/clinics/2017(12)07

DA SILVA, José Aparecido; RIBEIRO-FILHO, Nilton Pinto. A dor como um problema psicofísico. *Rev. dor*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 138-151, June 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000200011>.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; MATSUO, Tiemi. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.5, p.1151-1160, mai. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500017>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000500017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 fev. 2021.

DUBNER, Ronald; GOLD, Michael. The neurobiology of pain. *Proc Natl Acad Sci USA*, [s. l.], v. 96, n. 14, p. 7627-30, 6 jul. 1999. DOI 10.1073/pnas.96.14.7627. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27884689/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

EDGE, Stephen B.; COMPTON, Carolyn C. The American Joint Committee on Cancer: the 7th Edition of the AJCC Cancer Staging Manual and the Future of TNM. *Ann Surg Oncol*, [S. l.], p. 1471–1474, 24 fev. 2010. DOI 10.1245/s10434-010-0985-4. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1245/s10434-010-0985-4>. Acesso em: 9 fev. 2021.

FALAGAS, ME et al. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Res.*, v.9, n.4, p. 1-23, 2007.

FERLAY, Jacques et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*, [s. l.], v. 136, ed. 5, p. 359-86, 1 mar. 2015. DOI: 10.1002/ijc.29210. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25220842/>. Acesso em: 9 fev. 2021.

FERLAY, Jacques et al. (ed.). *Cancer today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2018. (IARC CAnceRBase, n. 15). Available at: <https://publications.iarc.fr/Databases/Iarc-Cancerbases/Cancer-Today-Powered-By-GLOBOCAN-2018--2018>.

FINK JR, Walter Allen. The pathophysiology of acute pain: ;23(2):277-84. *Emerg Med Clin North Am*, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 277-84, mai. 2005. DOI 10.1016/j.emc.2004.12.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15829382/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

FLANIGAN, Megan; WYATT, Gwen; LEHTO, Rebecca. Spiritual Perspectives on Pain in Advanced Breast Cancer: A Scoping Review. *Pain Manag Nurs*: 20(5):432-443., [s. l.], v. 20, n. 5, p. 432-443, out 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.04.002>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31151805/> Acesso em 08 fev. 2021.

FRANKL, Viktor Emil. *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. Boston: Beacon Press, 1992.

FURLANETTO, Letícia Maria; BRASIL, Marco Antonio. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J. bras. psiquiatr.*, v.55, n.1, p.8-19, 2006.

FURLANETTO, Maria Leticia et al. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics*, v. 41, p. 426-32, 2000.

GANDINI, Rita de Cássia et al. Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF (Impr.)*, Itatiba, v. 12, n.1, p. 23-31, jun. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712007000100004>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712007000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712007000100004&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 08 fev. 2021.

GAUDETTE H, JANKOWSKI KRB. Spiritual Coping and Anxiety in Palliative Care Patients: A Pilot Study. *J Health Care Chaplain*, v.19, n.4, p. 131-9, 2013.

GORDON, Debra B. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med*: 165(14):1574-80., [s. l.], v. 165, n. 14, p. 1574-80, jul 2005. DOI: 10.1001/archinte.165.14.1574. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16043674/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

GRADY-WELIKY, TA. Comorbidity and its implication on treatment: change over the life span. Syllabus and Proceedings Summary, American Psychiatric Association 2002 Annual Meeting. Philadelphia (PA) 2002, p. 295.

GUERRERO, Giselle Patrícia et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, fev. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em 09 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>.

HALSTEAD, Marilyn Tuls, HULL, Margaret. Struggling with paradoxes: the process of spiritual development in women with cancer. *Oncol Nurs Forum*. v.28, n.10, p.1534-1544, Nov-Dec, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11759301/>. Acesso em 08 fev. 2021.

HARRISON, M Ojinga et al. "Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease." *The Journal of nervous and mental disease*, v. 193, p. 250-7, 2005. doi:10.1097/01.nmd.0000158375.73779.50

HOPWOOD, P et al. "Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires." *British journal of cancer*, v. 64, p. 349-52, 1991. doi:10.1038/bjc.1991.304.

HUI, David; BRUERA, Eduardo. A personalized approach to assessing and managing pain patients with cancer. *J. Clin. Oncol.*, v. 32, n. 16, p. 1640-6, 2014.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Global year against pain in cancer. Seattle: IASP; 2009

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

JOHANNESSEN-HENRY, CT et al. Associations between faith, distress and mental adjustment--a Danish survivorship study. *Acta Oncol.*, v. 52, n.2, p. 364-71, 2013.

KAZANOWSKI, Mary K.; LACCETTI, Margaret Saul. Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005.

KEEFE, F et al. Depression, pain, and pain behavior. *J Consult Clin Psychol*, v. 54, p. 665–9, 1986.

KOENIG, Dr. Harold G. Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012. 248 p.

LAKHANI, Sunil R. WHO Classification of Tumours of the Breast. 4. ed. [S. l.]: Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2011. 240 p. v. 4.

LAZENBY, Mark; KATHIB, Jamal. “Associations among patient characteristics, health-related quality of life, and spiritual well-being among Arab Muslim cancer patients.” *Journal of palliative medicine*, v. 15, n. 12 1321-4, 2012. doi:10.1089/jpm.2012.0208

LAWTON, Julia. Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociol Health Illn*, [s. l.], v. 25, p. 23-40, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00338>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14498928/>. Acesso em 08 fev. 2021.

LEAL, Erotildes Maria et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2393-2402, Aug. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.08612015>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000802393&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802393&lng=en&nrm=iso). Acesso em 08 fev. 2021.

LEE, Y. T. Breast carcinoma: pattern of metastasis at autopsy. *J Surg Oncol*, [S. l.], p. 175-80, 1 jul. 1983. DOI 10.1002/jso.2930230311. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6345937/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

LEONARD, Michelle T et al. "Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence." *The journal of pain*, v. 7, p. 377-90, 2006. doi:10.1016/j.jpain.2006.01.442.

LLOYD-WILLIAMS, M et al. Depression – an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord.*, v. 113, p.127-32, 2009.

LO, Bernard; QUILL, Timothy; TULSKY, James. Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. *American College of Physicians-American Society of Internal Medicine Ann Intern Med*, [s. l.], ano 9, v. 4, n. 130, p. 744-9, mai. 1999. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10357694/>. Acesso em 08 fev. 2021.

LOVE, Anthony W; GRABSCH, Brenda; CLARKE, David M; BLOCH, Sidney; KISSANE, David W. Screening for depression in women with metastatic breast cancer: a comparison of the Beck Depression Inventory Short Form and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Aust N Z J Psychiatry*, [s. l.], v. 38, n. 7, p. 526-31, jul 2004. DOI: <https://doi:10.1080/j.1440-1614.2004.01385.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15255825/>. Acesso em 08 fev. 2021.

MANCHOLA, Camilo et al. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. Bioét., Brasília*, v. 24, n. 1, p. 165-175, Apr. 2016.

MANNE S, BADR H. Social relationships and cancer. In: Davila J, Sullivan K, editors. *Support processes in intimate relationships*. Oxford: Oxford Press; 2010. p. 240–64.

MARCHIORO, Giansilvio et al. The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *Eur J Cancer*, [s. l.], v. 32A, n. 9, p. 1612-5, ago 1996. DOI: [10.1016/0959-8049\(96\)00134-7](https://doi:10.1016/0959-8049(96)00134-7) Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8911127/>. Acesso em 08 fev. 2021.

MARTELLI, Anderson; ZAVARIZE, Sérgio Fernando. Vias Nociceptivas da Dor e seus Impactos nas Atividades da Vida Diária. *UNICIÊNCIAS*, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 47-51, dez

2013. DOI <https://doi.org/10.17921/1415-5141.2013v17n1p%25p>. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/uniciencias/article/view/515>. Acesso em: 8 fev. 2021.

MASSIE, Mary Jane. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, n. 32, Oxford University Press, 2004.

MATSUMOTO, DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2ª Edição. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 23-41.

MCCORD, Gary et al. Discussing Spirituality With Patients: A Rational and Ethical Approach. *Ann Fam Med.*, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 356–361, jul. 2004. DOI 10.1370/afm.71. Disponível em: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466687/](https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466687/). Acesso em: 9 fev. 2021.

MEHTA A, CHAN LS. Understanding of the concept of “Total Pain” A prerequisite for pain control. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, v. 10, n. 1, p.26-32, 2008. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a>.

MELDRUM, Marcia. “The ladder and the clock: cancer pain and public policy at the end of the twentieth century.” *Journal of pain and symptom management* vol. 29, p. 41-54, 2004. doi:10.1016/j.jpainsymman.2004.08.004.

MIRANDA, Sirlene Lopes de; LANNA, Maria dos Anjos Lara e; FELIPPE, Wanderley Chieppe. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 35, n. 3, p. 870-885, Sept. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000300870&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300870&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Apr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002342013>.

MUKHERJEE, S. O imperador de todos os males. Uma biografia do câncer. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.

OLIVEIRA, Sharon Shyrley Weyll et al . A espiritualidade no enfrentamento da dor em pacientes oncológicos: revisão sistemática. BrJP, São Paulo , v. 3, n. 2, p. 158-163, Mar. 2020 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2595-31922020000200158&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922020000200158&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Apr. 2021. Epub June 08, 2020. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200028>.

PANZINI, Raquel G. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. Orientador: Denise Ruschel Bandeira. 2004. 238 p. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento - Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre- RS, 2004. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/7100>. Acesso em: 9 fev. 2021.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. Rev. psiquiatr. clin., São Paulo , v. 34, supl.1, p.126-135, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. Psicol. estud., Maringá , v. 10, n. 3, p. 507-516, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>.

PEREIRA, Filomena; SANTOS, Celia. Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT -Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. Cadernos de Saúde, v. 4, n. 2, p. 37-45, 2011.

PERES, Mario F. P. et al . A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev. psiquiatr. clín., São

Paulo , v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700011&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>.

PINDER, K L et al. "Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors." *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, v. 29<sup>a</sup>, p. 524-7, 1993. doi:10.1016/s0959-8049(05)80144-3.

PHELPS, Andrea C et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol.*, v. 30, n.20, p. 2538-44, 2012.

PORTENOY, Russell K; LESAGE, Pauline. Management of cancer pain. *Lancet*, v. 353, p. 1695–1700, 1999.

PRÁ, Samira Dal Toé de. Participação do receptor de potencial transitório anquirina 1 (TRPA1) no desenvolvimento e manutenção das fases aguda e crônica da nocicepção induzida por isquemia/reperfusão em camundongos. Orientador: Gabriela Trevisan. 2017. 91 p. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/5160>. Acesso em: 8 fev. 2021.

PHILLIPS, KA et al. Psychosocial factors and survival of young women with breast cancer: a population-based prospective cohort study. *J Clin Oncol.*, v.26, n. 28, p. 4666-71, 2008.

PUCHALSKI, Christina et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.

PUCHALSKI, Christina et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Med Paliat.*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 20-40, 2011. DOI 10.1016/S1134-248X (11)70006-4.

Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-la-mejora-calidad-cuidados-espirituales-S1134248X11700064>. Acesso em: 9 fev. 2021.

PUCHALSKI, Christina M. Spirituality as an essential domain of palliative care: Caring for the whole person. *Progress in Palliative Care*, [s. l.], v. 20, ed. 2, p. 63-65, 2012., Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/0969926012Z.00000000028>. Acesso em 08 fev. 2021. DOI: 10.1179/0969926012Z.00000000028.

PUCHALSKI, C. M. et al. Overview of spirituality in Palliative Care. BLOCK S. D.; GIVENS, J. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2020.

PUCHALSKI, Christina M; GUENTHER, Margareth. Restoration and recreation: spirituality in the lives of healthcare professionals. *Curr Opin Support Palliat Care*: 6(2):254–58., [s. l.], ano 2, n. 6, p. 254-58, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22453287/>. Acesso em 08 fev. 2021.

RAJA, Srinivasa N et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, [s. l.], v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 1 set. 2020. DOI 10.1097/j.pain.0000000000001939. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

RICHMOND, Caroline. Dame Cicely Saunders. *BMJ.*, v. 331, p.238, 2005.

RIPPENTROP, Elizabeth A. et al. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, v. 116, p.311-321, 2005.

ROODMAN, David G. Mechanisms of bone metastasis. *N Engl J Med*, v. 350, n. 16, p. 1655-64, 2004.

RUITERKAMP, Jetske et al. Improved survival of patients with primary distant metastatic breast cancer in the period of 1995-2008: A nationwide population-based study in the Netherlands. *Breast Cancer Res Treat*, [s. l.], v. 128, n. 2, p. 495-503, jul

2011. DOI 10.1007/s10549-011-1349-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21240629/>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SANTICHI, Eliane Cristina et al. Rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. *Psicol. hosp.* (São Paulo), São Paulo, v. 10, n. 1, p. 42-67, jan. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16777409201200010004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16777409201200010004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 09 fev. 2021.

SANTOS, FS. O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In: Santos FS, organizador. *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 3-15.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em Cuidados Paliativos. In: OLIVEIRA, R. A. (org.). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 521-531.

SAUNDERS, Cicely; SYKES, Nigel. *The management of terminal malignant disease*. 3. ed. Londres: Edward Arnold, 1993. 305 p.

SAUNDERS, Cicely. *Watch With Me: Inspiration For A Life In Hospice Care*. Lancaster, United Kingdom: Observatory Publications, 2005.

SILVA, Cintia Pereira *et al.* Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevivência do Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 62, p. 225-235, 2016.

SILVA, Lucia Cecilia da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, June 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722008000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005>.

SINCLAIR, Shane et al. "A thematic review of the spirituality literature within palliative care." *Journal of palliative medicine*, v. p. 464-79, 2006. doi:10.1089/jpm.2006.9.464

SMELTZER SC, BARE BG. Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro, v. 10, ed. 3, 2006.

SORLIE, Therese *et al.* Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. *Proc Natl Acad Sci U S A.*, [S. I.], p. 10869–10874, 11 set. 2001. DOI 10.1073/pnas.191367098. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11553815/>. Acesso em: 9 fev. 2021.

STUCKY, Cheryl L; GOLD, Michael S; ZHANG, Xin. Mechanisms of pain. *Proc Natl Acad Sci USA*, [s. I.], v. 98, n. 21, p. 11845-6, 9 out. 2001. DOI: 10.1073/pnas.211373398. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11562504/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

SULMASY, Daniel P. Is medicine a spiritual practice? *Acad Med*, [s. I.], v. 74, ed. 9, p. 1002-5, sep 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12516836/>. Acesso em 08 fev. 2021.

SUNDBLOM, D.M. et al. Effect of spiritual healing on chronic idiopathic pain: a medical and psychological study. *Clin J Pain*, v.10, p. 296-302, 1994.

VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, JM et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*, v. 18, p. 1437–1449. 2007.

WHITE, CA. Body Images in Oncology. In: CASH, TF; PRUZINSKY, T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York/London: The Guilford Press, 2002. p. 379-386.

WHO, World Health Organization. Definition of Palliative Care. [S. I.], 2014. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 9 fev. 2021.

WOOLF, Clifford J. What is this thing called pain?. *J Clin Invest.* , [s. l.], v. 120, n. 11, p. 3742–3744, 1 nov. 2010. DOI 10.1172/JCI45178. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2965006/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

YENG, Lin Tchia et al. Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev. Med., São Paulo*, v. 80, ed. 1, p. 443-73, 2001. DOI <https://doi.org/10.11606/ISSN.1679-9836.V80ISPE2P443-473>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/70047>. Acesso em: 9 fev. 2021.

## 9 ANEXOS

### Anexo A – Termo para Autorização Prévia da Pesquisa – Centro Hospitalar Unimed

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE – Mestrado



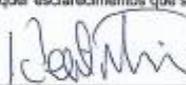
#### Carta de Autorização Institucional

À Direção do Centro Hospitalar Unimed – Joinville

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: "A influência do bem-estar espiritual na percepção de dor e qualidade de vida de pacientes acometidas por neoplasia de mama", a ser realizada no Centro de Oncologia Unimed Joinville, pela orientanda Samantha Brandes, sob a orientação do Dr. Helbert do Nascimento Lima, que utilizará da seguinte: estudo observacional e transversal, com abordagem quanti-qualitativa, que irá avaliar a percepção da dor sob a perspectiva do bem-estar espiritual e da qualidade de vida em pacientes acometidas por neoplasia de mama - necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de Oncologia, bem como acesso aos dados do prontuário médico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que trata da Pesquisa envolvendo seres humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo e que a pesquisa terá início apenas após a APROVAÇÃO do Comitê de Ética em Pesquisa registrado na CONEP.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

  
Helbert N. Lima  
Neurologista  
CRM 113.71

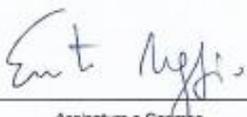
Nome e Assinatura  
Coordenador(a) Orientador (a) do Projeto

*Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nele recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.*

**Todos os pesquisadores participantes deste estudo DEVEM ter seu nome descrito no presente documento; O pesquisador cujo nome não constar neste documento, terá seu acesso vedado à Instituição.**

Concordamos com a solicitação      ( ) Não concordamos com a solicitação

  
Dr. Paulo André Ribeiro  
Diretor Técnico do CHU  
CRM 51.35

  
Assinatura e Carimbo  
Responsável pela Instituição  
Dr. Fernando Fogaça  
Coordenador do HSP-CHU

Joinville, 06 de janeiro de 2020.

## Anexo B – Termo para Autorização Prévia da Pesquisa – Hospital São José

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE – MESTRADO



## Carta de Autorização Institucional

À Direção do Hospital São José – Joinville, SC  
Ilmo Diretor - Dr. Nêso Eduardo Balsini

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: "A influência do bem-estar espiritual na percepção de dor e qualidade de vida de pacientes acometidas por neoplasia de mama" a ser realizada no Ambulatório de Oncologia do Hospital São José pela orientanda Samantha Brandes, sob a orientação do Dr. Helbert do Nascimento Lima, com a participação das alunas de Medicina da UNIVILLE Gabriela Barbieri, Ana Caroline Taborda Kemczenski e Anne Izabelly de Aguiar Cabral Marins Souza. A pesquisa utilizará da seguinte: estudo observacional e transversal, com abordagem quantitativa, que irá avaliar a percepção da dor sob a perspectiva do bem-estar espiritual e da qualidade de vida em pacientes acometidas por neoplasia de mama - necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor do Ambulatório de Oncologia, bem como acesso aos dados do prontuário médico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que trata da Pesquisa envolvendo seres humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo e que a pesquisa terá início apenas após a APROVAÇÃO do Comitê de Ética em Pesquisa registrado na CONEP.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

*Samantha Brandes*  
Coordenadora do Projeto

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e do seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, depondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Todos os pesquisadores participantes deste estudo DEVEM ter seu nome descrito no presente documento; O pesquisador cujo nome não constar neste documento, terá seu acesso vetado à instituição.

Concordamos com a solicitação  Não concordamos com a solicitação

*Nêso Eduardo Balsini*  
Ilmo Diretor  
UNIVILLE - UNICAMP 070.005/00-77  
Hospital São José - Joinville

Assinatura e Carimbo  
Responsável pela Instituição

Joinville, 10 de janeiro de 2021.

## Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

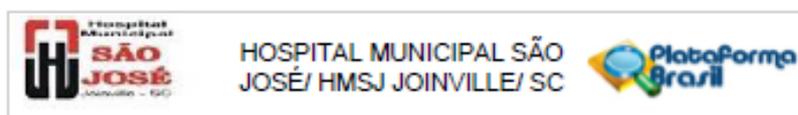
Nós – Samantha Brandes, Helbert do Nascimento Lima, Gabriela Barbieri, Ana Caroline Taborda Kemczenski e Anne Izabelly de Aguiar Cabral Martins Souza – da Universidade da Região de Joinville, gostaríamos de convidar você para participar de um estudo intitulado “A influência do bem-estar espiritual na percepção de dor de pacientes acometidas por neoplasia de mama”. O objetivo desta pesquisa é compreender como o bem-estar espiritual influencia na percepção de dor. Caso você participe da pesquisa, será necessário responder um breve questionário on-line. Para tanto você deverá ter acesso à internet e poderá respondê-lo em qualquer lugar que tenha acesso, de seu computador, tablet ou mesmo celular, o que levará aproximadamente 15 (quinze) minutos. É possível que você experimente algum desconforto, e emoções ou fragilidades, tais como, medo, ansiedade, entre outros; alguns riscos relacionados ao estudo podem ser vinculados a essas emoções serem experienciadas com maior intensidade; os benefícios da participação estão em possibilitar a pesquisa e, por conseguinte, a constante construção e reflexão de conhecimentos que se faz necessário no campo da saúde, proporcionando um momento de reflexão sobre sua doença e sua visão ou interesse sobre a espiritualidade. A pesquisadora Samantha Brandes – responsável por este estudo poderá ser localizada virtualmente através do e-mail [samanthabrandes@gmail.com](mailto:samanthabrandes@gmail.com) devido às restrições impostas pela pandemia COVID-19, no horário comercial, para esclarecer eventuais dúvidas você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso que nos informe através do e-mail [samanthabrandes@gmail.com](mailto:samanthabrandes@gmail.com). As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pela equipe de pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade; as respostas dos questionários serão utilizadas unicamente para essa pesquisa e serão destruídas ao término do estudo, dentro de cinco anos; não há despesas necessárias para a realização da pesquisa e você não receberá

qualquer valor em dinheiro pela sua participação; não será solicitado seu nome em momento algum; os resultados da presente pesquisa estarão à sua disposição, basta informar este desejo ao pesquisador. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital São José pelo telefone (47) 3441- 6629. CAAE: 28598720.0.0000.5362 e número do Parecer de Aprovação: 3.830.676. Por favor, leia as opções abaixo e marque as que se aplicam a você:

Li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Portanto, eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Não aceito participar da pesquisa.

## Anexo D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Municipal São José



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A influência do bem-estar espiritual na percepção de dor e qualidade de vida de pacientes acometidas por neoplasia de mama

**Pesquisador:** Samantha Brandes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 28598720.0.0000.5362

**Instituição Proponente:** Hospital Municipal São José/ HMSJ/ JOINVILLE/SC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.930.676

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de estudo avaliará a influência do bem-estar espiritual na percepção de dor e qualidade de vida de pacientes acometidas por neoplasia de mama por meio de coleta de dados em prontuário e questionário de pesquisa junto a 200 participantes selecionados por meio de critérios estabelecidos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a percepção da dor sob a perspectiva do bem-estar espiritual e da qualidade de vida em pacientes acometidas por neoplasia de mama.

#### Objetivo Secundário:

Avaliar a necessidade de ampliar a oferta de suporte espiritual para pacientes com neoplasia de mama

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente trabalho poderá apresentar risco de ordem emocional às participantes. O benefício principal é proporcionar maior e melhor atendimento espiritual aos paciente com neoplasia de mama.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para ampliar o conhecimento dos pesquisadores no assunto em questão e

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, 238  
 Bairro: Centro CEP: 89.202-050  
 UF: SC Município: JOINVILLE  
 Telefone: (47)3441-8902 Fax: (47)3441-8829 E-mail: cep.hmsj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 3.630.676

servir como base para o atendimento espiritual de pacientes nas mesmas condições.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta os termos obrigatórios.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1495463.pdf	31/01/2020 22:02:51		Aceito
Outros	Carta_institucional.pdf	31/01/2020 21:59:49	Samantha Brandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Samantha_30_01.docx	31/01/2020 21:56:27	Samantha Brandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE.docx	30/01/2020 22:04:00	Samantha Brandes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	30/01/2020 21:59:05	Samantha Brandes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Neocita Apreciação da CONEP:**

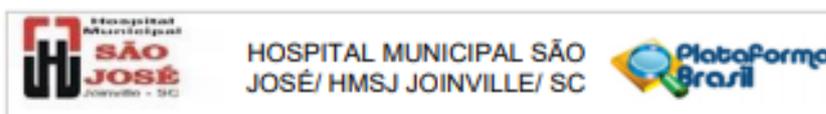
Não

JOINVILLE, 10 de Fevereiro de 2020

Assinado por:  
Suely Kelko Kohara  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, 238  
Bairro: Centro CEP: 89.202-080  
UF: SC Município: JOINVILLE  
Telefone: (47)3441-8502 Fax: (47)3441-8529 E-mail: cep.hmsj@yahoo.com.br

## Anexo E – Aprovação da Emenda do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Municipal São José



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** A influência do bem-estar espiritual na percepção de dor e qualidade de vida de pacientes acometidas por neoplasia de mama

**Pesquisador:** Samantha Brandes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 28598720.0.0000.5362

**Instituição Proponente:** Hospital Municipal São José/ HMSJ/ JOINVILLE/SC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.530.037

#### Apresentação do Projeto:

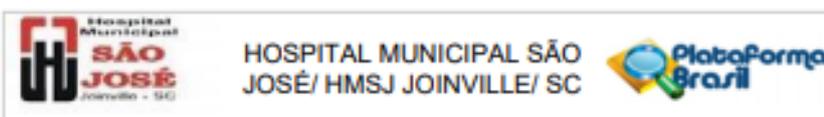
As informações elencadas foram retiradas do arquivo "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1688031\_E1.pdf, de 14 de janeiro de 2021." A influência do bem-estar espiritual na percepção de dor e qualidade de vida de pacientes acometidas por neoplasia de mama. "A neoplasia de mama é segunda neoplasia mais frequente no mundo e a mais prevalente entre as mulheres. Este projeto tem como objetivo avaliar a influência do bem-estar espiritual na percepção de dor e qualidade de vida de pacientes acometidas por neoplasia de mama - que estão em acompanhamento regular no Ambulatório de Oncologia do Hospital São José."

#### Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_A influência do bem-estar espiritual na percepção de dor e qualidade de vida de pacientes acometidas por neoplasia de mama. "Objetivo Primário: Avaliar a percepção da dor sob a perspectiva do bem-estar espiritual e da qualidade de vida em pacientes acometidas por neoplasia de mama."

"Objetivo Secundário: Avaliar o bem-estar espiritual em pacientes com neoplasia de mama; Comparar a percepção da dor sob a perspectiva do bem-estar espiritual em

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, 238  
**Bairro:** Centro **CEP:** 89.202-000  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3441-0502 **Fax:** (47)3441-6629 **E-mail:** hmsj.cep@joinville.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 4.530.037

pacientes portadoras de neoplasia de mama; Avaliar a influência do bem-estar espiritual sobre os demais fatores associados ao conceito de dor total; Avaliar sintomas depressivos em pacientes com neoplasia de mama; Avaliar a necessidade de ampliar a oferta de suporte espiritual para pacientes com neoplasia de mama.\*

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As informações elencadas foram retiradas do arquivo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_A influência do bem-estar espiritual na percepção de dor e qualidade de vida de pacientes acometidas por neoplasia de mama. \*Além dos riscos inerentes a vida, uma vez que o estudo é de caráter observacional, existe a possibilidade de desconforto emocional das participantes pelo fato de que, ao responder as questões dos instrumentos, possam relembra momentos difíceis vividos relacionados à doença, seus tratamentos e suas consequências. A pesquisa também envolve os seguintes riscos: estigmatização, divulgação de informações referentes aos dados de identificação, invasão de privacidade, divulgação de dados confidenciais.\*

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e objetiva, apresenta projeto detalhado e autoexplicativo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Recomendações:**

As informações que constam no "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1688031\_E1.pdf de 14/01/2021" estão divergentes das informações do "Projeto\_CEP\_Samantha\_30\_01.docx DE 31/01/2021". A descrição do projeto deve ser igual nos dois documentos. Homogeneizar as informações.

No TCLE incluir o número de páginas, rubrica em todas as páginas, acrescentar telefone disponível a qualquer horário para o usuário entrar em contato sempre que necessário. Ajustar a linguagem do TCLE para a mais coloquial e acessível, especialmente considerando que o usuário irá ler o TCLE sozinho.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal São José/HMSJ manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, de acordo com as atribuições definidas nas

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, 238		CEP: 89.202-000
Bairro: Centro		
UF: SC	Município: JOINVILLE	
Telefone: (47)3441-6502	Fax: (47)3441-6629	E-mail: hmsj.cep@joinville.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 4.530.037

Resoluções CNS 466/2012, 510/16 e Norma Operacional no 001/13.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_168803_1_E1.pdf	14/01/2021 20:06:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HSJ.docx	14/01/2021 20:04:50	Samantha Brandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Institucional.pdf	14/01/2021 20:00:39	Samantha Brandes	Aceito
Outros	Carta_Emenda.pdf	10/01/2021 18:06:44	Samantha Brandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Samantha_30_01.docx	31/01/2020 21:56:27	Samantha Brandes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	30/01/2020 21:59:05	Samantha Brandes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

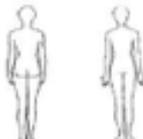
JOINVILLE, 08 de Fevereiro de 2021

Assinado por:  
Luciane Mônica Deboni  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, 238  
Bairro: Centro CEP: 89.202-000  
UF: SC Município: JOINVILLE  
Telefone: (47)3441-6502 Fax: (47)3441-6629 E-mail: hmsj.cep@joinville.sc.gov.br

## Anexo F – Inventário Breve da Dor

Inventário breve de dor (BPI)

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (cefaléia, dor de dente). Você teve hoje, dor diferente dessas? 1.Sim ..... 2.Não.....																									
2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.																									
																									
3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.																									
Sem dor	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">Pior dor possível</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível														
4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.																									
Sem dor	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">Pior dor possível</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível														
5) Circule o número que melhor descreve a média de sua dor.																									
Sem dor	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">Pior dor possível</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível														
6) Circule o número que mostra quanta dor ocorre agora.																									
Sem dor	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">Pior dor possível</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível														
7) Que tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?																									
8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade de melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações. Circule a porcentagem que melhor demonstra o alívio que você obteve.																									
Sem alívio	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0%</td> <td style="text-align: center;">10%</td> <td style="text-align: center;">20%</td> <td style="text-align: center;">30%</td> <td style="text-align: center;">40%</td> <td style="text-align: center;">50%</td> <td style="text-align: center;">60%</td> <td style="text-align: center;">70%</td> <td style="text-align: center;">80%</td> <td style="text-align: center;">90%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: right;">alívio completo</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	alívio completo												
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	alívio completo														
9) Circule o número que descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:																									
Atividade geral	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">interferiu completamente</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente														
Não interferiu																									
Humor	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">interferiu completamente</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente														
Não interferiu																									
Habilidade de caminhar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">interferiu completamente</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente														
Não interferiu																									
Trabalho	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">interferiu completamente</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente														
Não interferiu																									
Relacionamento com outras pessoas	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">interferiu completamente</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente														
Não interferiu																									
Sono	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">interferiu completamente</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente														
Não interferiu																									
Apreciar a vida	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">interferiu completamente</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td></td> </tr> </table>	O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente												
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	interferiu completamente														
Não interferiu																									

Anexo G - FACIT- Sp-12 - *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being*

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

	PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sp 1	Sinto-me em paz	0	1	2	3	4
Sp 2	Tenho uma razão para viver	0	1	2	3	4
Sp 3	A minha vida tem sido produtiva	0	1	2	3	4
Sp 4	Custa-me sentir paz de espírito	0	1	2	3	4
Sp 5	Sinto que a minha vida tem um propósito	0	1	2	3	4
Sp 6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a)	0	1	2	3	4
Sp 7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo(a)	0	1	2	3	4
Sp 8	Falta sentido e propósito em minha vida	0	1	2	3	4
Sp 9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	0	1	2	3	4
Sp 11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem	0	1	2	3	4

Anexo H – Inventário de Depressão de Beck – *Short Form*

Este questionário consiste em 13 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**.

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos	9	0 Não tenho quaisquer ideias de me matar 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade

	3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso		
4	<p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>	10	<p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>

13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões		
----	--	--	--

## 10 APÊNDICE

### Apêndice A – Questionário

#### Com relação à religião, você se considera?

- Católica
- Evangélica
- Protestante
- Espírita
- Judia
- Umbandista / Candomblé
- Muçulmana
- Testemunha de Jeová
- Ateia (não acredita em Deus)
- Sem religião
- Outra: \_\_\_\_\_

#### Você realiza alguma atividade ou prática espiritual/religiosa?

- Sim
- Não

Se a resposta da pergunta acima foi "SIM", quantas vezes por semana você realiza alguma prática espiritual/religiosa?

- Uma vez
- Duas vezes
- Três vezes
- Quatro vezes
- Cinco vezes
- Seis vezes
- Sete vezes

Essa atividade é:

- Sozinha**
- Com outras pessoas**
- Ambas as opções anteriores**

Há pessoas do seu núcleo familiar que praticam a mesma atividade religiosa que você?

- Sim**
- Não**

Qual o grau de importância da religiosidade/espiritualidade neste momento para você?

- Não é importante**
- Relativamente importante**
- Importante**
- Muito importante**
- Não pratico**

Quais são as letras iniciais do seu nome? \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Etnia:

- Branca**
- Não branca**

Ao todo quantos anos você teve de estudo? \_\_\_\_\_

Você é casada ou tem uma relação estável?

- Sim**
- Não**

Se a resposta da pergunta acima foi "SIM", a quantos anos você está com seu parceiro? \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO

**Nome do autor:** Samantha Brandes

**RG:** 4.185.574

**Título da Dissertação:**

A INFLUÊNCIA DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL E DEPRESSÃO NA PERCEPÇÃO DE DOR DE PACIENTES ACOMETIDAS POR NEOPLASIA DE MAMA METASTÁTICA

Autorizo a Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, através da Biblioteca Universitária, disponibilizar cópias da dissertação de minha autoria.

Joinville, 26 de junho de 2021.



---

Samantha Brandes