

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

ELIANA REZENDE ADAMI

**IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA E NA PERCEPÇÃO
DA DOR EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

**THE IMPACT OF SPIRITUALITY IN QUALITY OF LIFE AND PAIN PERCEPTION
IN WOMEN WITH BREAST CANCER**

CURITIBA

2014

ELIANA REZENDE ADAMI

**IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA E NA PERCEPÇÃO
DA DOR EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, área de Concentração: Espiritualidade e Saúde, Escola de Saúde e Biociências, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Waldir Souza
Coorientador: Prof. Dr. Cícero Urban
Andrade

CURITIBA

2014

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

A198i
2014 Adami, Eliana Rezende
 Impacto da espiritualidade na qualidade de vida e na percepção da dor em
mulheres com câncer de mama / Eliana Rezende Adami ; orientador, Waldir
Souza ; coorientador, Cícero Urban Andrade. – 2014
66 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2014
Bibliografia: f. 55-57

1. Bioética. 2. Qualidade de vida. 3. Mamas – Câncer. 4. Espiritualidade.
I. Souza, Waldir. II. Urban, Cícero Andrade. III. Pontifícia Universidade Católica
do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. IV. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 01/2014

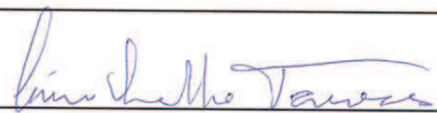
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Espiritualidade e Saúde

Aos dezoito dias do mês de dezembro do ano de dois mil e catorze, no Auditório Madre Leoni, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: **"Impacto da espiritualidade na qualidade de vida e na percepção da dor em mulheres com câncer de mama"**, apresentada pela aluna **Eliana Rezende Adami**, sob orientação do **Prof. Dr. Waldir Souza** e co-orientação do **Prof. Dr. Cícero Urban Andrade** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

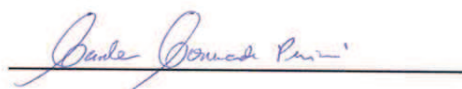
Prof. Dr. Waldir Souza
PUCPR (Orientador e presidente)



Profª. Drª. Mary Rute Gomes Esperandio
PUCPR (Examinador)



Prof.ª Drª Cássia Quelho Tavares
PUC-RJ (Examinador)



Prof.ª Drª Carla Corradi Perini
PUCPR (Suplente)

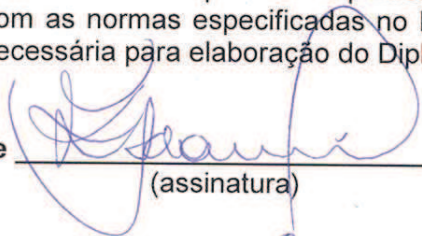
Início: 14:00

Término: 15:50

Conforme as normas regimentais do PPGB e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADO segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

A aluna está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno(a) **Eliana Adami Rezende**



(assinatura)



Prof. Dr. Mário Antonio Sanches
Coordenador do PPGB PUCPR

Ao grande Amor da Minha Vida, meu
esposo Ronaldo Lobo.
Aos meus pais, Múcio e Lêda.
Aos meus irmãos e sobrinhos.
Por todo amor, por quem sou e por tudo o
que aprendi e alcancei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, possibilitando vivenciar este momento especial;

Ao grande Amor da Minha Vida, meu esposo Ronaldo Lobo, companheiro incansável de todas as horas, que esteve ao meu lado sempre sacrificando finais de semana, férias, para que pudesse estar me ajudando em tudo, me auxiliando sempre, me dando força, coragem, incentivo, orientação e muito Amor, contribuindo decisivamente para a conclusão deste trabalho;

À minha querida e amada família, meus pais Múcio e Lêda e meus irmãos Geraldo, Rosevânia, Rosemeire, Elinéia e Ilamar, por sempre torcerem por mim, mesmo estando longe;

Aos meus queridos e amados sobrinhos Pedro Henrique, Maysa, Thays, Alice, Bárbara, Mateus, Bianca, Davi e Gabriela que sempre me deram forças com seus sorrisos e carinho;

Ao orientador professor Dr. Waldir Souza, pela confiança, incentivo e valiosa orientação e pela oportunidade na execução deste trabalho;

Ao professor Dr. Cícero Andrade Urban pela coorientação, tornando possível a viabilização e realização desse trabalho cedendo sua clínica e disponibilizando suas pacientes;

À Flávia Kuroda pelas contribuições e sugestões;

Aos professores da pós-graduação em Bioética pelo carinho, amizade e aprendizado;

À Sandra secretária que sempre me auxiliou em tudo que precisei;

À Elaine que cuidou do agendamento com as pacientes e o grande auxílio tornando possível a viabilidade da pesquisa;

Aos membros da banca examinadora professora Dra. Mary Rute Gomes Esperandio, professora Dra. Cássia Quelho Tavares e professora Dra. Carla Corradi Perini por participarem e contribuírem para a melhoria deste trabalho;

Aos colegas de turma, principalmente a querida amiga Márcia pela amizade e companheirismo;

Aos meus amigos que sempre estiveram do meu lado, torcendo pelo meu sucesso e vitória;

A todos que participaram direta ou indiretamente na execução deste trabalho;

À PUC-PR pelo suporte financeiro;

Meu agradecimento especial às pacientes que aceitaram participar da pesquisa tornando possível a realização desse trabalho e me ensinando a desenvolver um segundo olhar sobre a vida, a dor e o processo enfrentado pelo câncer de mama.

Extraído do Provérbios e Cantares

“Caminhante, são teus rastros
o caminho, e nada mais;
**caminhante, não há caminho,
faz-se caminho ao andar.**
Ao andar faz-se o caminho,
e ao olhar-se para trás
vê-se a senda que jamais
se há-de voltar a pisar.
Caminhante, não há caminho,
somente sulcos no mar.”

Antônio Machado
(1875-1939)

RESUMO

Introdução: O Câncer de mama causa alterações físicas, sociais, emocionais e espirituais, que geram um grande impacto na qualidade de vida, e que podem ser mensuradas por escalas de qualidade de vida, bem estar espiritual e escalas de dor. São poucos os trabalhos que tratam do tema sob a ótica da bioética estudando a influência da espiritualidade na percepção da dor. **Objetivo:** Avaliar o impacto da espiritualidade na qualidade de vida e dor de pacientes com câncer de mama, utilizando como instrumento de medida o questionário SF-36, Escala de Bem Estar Espiritual (EBE) e Escala Visual Analógica de Dor (EVA). **Materiais e Métodos:** Pesquisa transversal exploratória descritiva de abordagem quantitativa realizada em uma amostra de 50 (cinquenta) pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora com oncoplastica ou mastectomia com reconstrução de mama. **Resultados:** Da análise dos aspectos do SF-36, aplicado no pré-operatório, observa-se que os domínios que obtiveram escores menores foram a saúde mental com mediana de 44,00, seguida pela vitalidade com mediana de 50,00, afetando negativamente a qualidade de vida das pacientes. Os demais domínios não foram indicativos da piora da qualidade de vida. Os resultados da EBE foram encontrados 11 pacientes com escore moderado correspondendo a 22% e 39 pacientes com escore alto correspondendo a 78%. A maioria das pacientes apresentou um nível de bem estar espiritual elevado. Pacientes com EBE alto apresentam menor nível na percepção da dor com mediana de 2, enquanto que os EBE moderado apresentam mediana de 8. Portanto, apresentam maiores níveis de dor. **Conclusão:** A qualidade de vida das pacientes com câncer de mama é afetada negativamente pelos domínios saúde mental e vitalidade. Apesar dos efeitos devastadores produzidos pelo adoecimento e pelo tratamento, observa-se nessas mulheres uma expectativa otimista em relação ao futuro. Ao invés de reagirem com uma “entrega resignada” à situação limite imposta pela doença, a espiritualidade promove esperança, ajudando-as a reagirem às adversidades com sentimentos de luta e enfrentamento. Essa postura parece ser essencial na construção de estratégias de enfrentamento mais eficazes diante da situação de adoecimento e tratamento. Sugere-se que mais pesquisas sejam necessárias para maior entendimento das variáveis envolvendo as questões com a bioética clínica.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Espiritualidade. Qualidade de Vida. Bioética. Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Breast cancer causes physical, social, emotional and spiritual changes, that brings a large impact on quality of life, which can be measured with scales of pain, quality of life and spiritual well-being. There are few studies addressing this issue from the perspective of bioethics studying the influence of spirituality in pain perception. Objective: To evaluate the impact of spirituality on pain and quality of life of breast cancer patients, using as indicators the Short Form Health Survey-36, the Spiritual Well-Being Scale (SWB) and the Visual Analog Scale (VAS). Materials and methods: Exploratory cross-sectional descriptive study with quantitative approaches performed on a sample of fifty (50) breast cancer patients submitted to either conservative oncoplastic surgery or mastectomy with breast reconstruction. Results: From the analysis of the Short Form Health Survey-36, applied before the surgery, it was observed that the areas with lower scores were mental health, with a 44,00 median, followed by vitality, with a 50,00 median, negatively affecting the quality of life of patients. The other areas did not indicate negative effects on quality of life. In the results of the SWB were found 11 patients with moderate scores, corresponding to 22%, and 39 patients with high scores, corresponding to 78%. Most patients presented with a high level of spiritual well-being. Patients with a high SWB score presented with lower levels of pain perception, with a median of 2, whereas the patients with a moderate SWB score presented with a median of 8. Therefore, having higher levels of pain. Conclusion: The quality of life of these patients are negatively affected on the mental health and vitality areas. Despite the devastating effects brought by the illness and the treatment, it was observed in these women an optimistic expectation about the future. Rather than reacting with a "resigned surrender" to the extreme situation imposed by the illness, spirituality brings hope, helping them to react to adversity with feelings of engagement and confrontation. This behavior seems to be essential for building more effective coping strategies against the illness and treatment situations. It is suggested that more research is needed to understand the variables involving clinical bioethics questions.

Keywords: Breast Cancer. Quality of Life. Bioethics. Spirituality. Health.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

ARTIGO 1

Gráfico 1 – EBE alto/EBE moderado em relação a EVA.....	30
Tabela 1 – Aspectos quantitativos da avaliação do EBE alto e EBE moderado com a EVA.....	30

ARTIGO 2

Tabela 1: Aspectos quantitativos da avaliação da qualidade de vida SF-36.....	50
Gráfico 2. Domínios do SF-36.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EBE	Escala de Bem Estar Espiritual
EVA	Escala Visual Analógica de Dor
SF-36	Short Form Health Survey-36 (Questionário de Qualidade de Vida)
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
INCA	Instituto Nacional de Câncer
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DP	Desvio Padrão
EA	Esvaziamento Axilar
BLS	Biópsia de Linfonodo Sentinela
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
UP	Universidade Positivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
AE	Aspectos Emocionais
AF	Aspectos Físicos
AS	Aspectos Sociais
AVDs	Atividade da vida diária
CF	Capacidade Física
EG	Estado Geral
SM	Saúde Mental
V	Vitalidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	ARTIGO 1.....	155
2.1	IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE NA PERCEPÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA	15
2.2	INTRODUÇÃO	17
2.3	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS	34
	ANEXO 1 - ESCALA DE BEM ESTAR ESPIRITUAL (EBE)	60
	ANEXO 2 - ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA).....	61
	ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	62
3	ARTIGO 2.....	47
3.1	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA.....	40
3.2	INTRODUÇÃO	42
3.3	CONCLUSÃO.....	54
	REFERÊNCIAS	55
	ANEXO 4- VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36.....	64
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como ideia principal conhecer os efeitos da espiritualidade sobre a qualidade de vida e dor de mulheres com câncer de mama. Para isso, buscou-se entender o contexto que envolve a paciente, desde suas dúvidas, angústias, medos, insegurança e dores, considerando sua autonomia e vulnerabilidades com um olhar bioético.

O tema da dissertação está sendo apresentado na forma de dois artigos, que se complementam, embora possam ser lidos de modo independente.

O primeiro artigo intitulado *Impacto da Espiritualidade na percepção da dor pós-operatória de mulheres com câncer de mama*, buscou contextualizar os números do câncer de mama no Brasil e no mundo, bem como, as implicações na mulher, na qual provoca alterações físicas, sociais, emocionais e espirituais, afetando a qualidade de vida.

Em uma revisão publicada pelos pesquisadores Koenig, McCullough & Larson, o “Handbook of Religion and Health” (Manual de Religião e Saúde), foram analisados 1.200 estudos quantitativos, sobre espiritualidade e saúde, no período entre 1872 – 2000. Em 2012, eles publicaram uma segunda edição sobre a década seguinte (período entre 2000-2010). Em 10 anos houve um acréscimo de 2.100 estudos quantitativos (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Pesquisas qualitativas não foram incluídas nessas duas edições. Tais estudos abrangem a relação entre espiritualidade e saúde física e mental sob os mais diversos enfoques.

Em uma busca nas bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sobre as pesquisas realizadas no Brasil focando espiritualidade e câncer de mama, utilizando as palavras espiritualidade e câncer de mama, foram encontrados mais de 1900 artigos, o interesse em pesquisar esse assunto se dá pela importância dos estudos sobre como os pacientes se utilizam da religião/espiritualidade para melhor enfrentarem processos de saúde-doença.

Apesar do interesse em se estudar espiritualidade e câncer de mama, não foi encontrado nenhum artigo que correlaciona o nível de espiritualidade com a percepção de dor em mulheres com câncer de mama no campo da bioética. Nesse contexto é necessário compreender se a espiritualidade influencia na percepção de

dor no processo de câncer de mama, criando estratégias que ajudariam a mulher a enfrentá-la melhorando sua qualidade de vida sob a reflexão bioética.

Diante do exposto o trabalho teve como objetivo avaliar o impacto da espiritualidade na dor pós-operatório do câncer de mama, utilizando como instrumento de medida a Escala de Bem Estar Espiritual (EBE) que foi aplicada no pré-operatório e Escala Visual Analógica de Dor (EVA), aplicada no pós-operatório.

No segundo artigo intitulado *Avaliação da Qualidade de Vida no pré-operatório de mulheres com câncer de mama*, foi feito um levantamento sobre as pesquisas relacionadas à qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, em buscas nos indexadores como PubMed, BVS, Scielo e Google Acadêmico sendo encontrado mais de um milhão de artigos, mas quando refinamos a busca dentro da bioética clínica foram encontrados raros estudos. Nenhum especificamente sobre qualidade de vida no pré-operatório sob o olhar da bioética clínica. Sendo assim, o objetivo foi avaliar a qualidade de vida dessas pacientes antes da cirurgia. Para isso, aplicou-se o questionário SF-36.

Foi realizada uma pesquisa transversal exploratória descritiva de abordagem quantitativa, nos dois artigos, em uma amostra de 50 (cinquenta) pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora com oncoplastica ou mastectomia com reconstrução de mama. Através da aplicação dos questionários SF-36 e EBE no pré-operatório e aplicação da EVA no pós-operatório.

O estudo foi executado após aprovação no CEP-PUCPR, sob parecer de número 570.862, com autorização das pacientes que assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Para o Brasil, em 2014, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014).

A qualidade de vida dessas mulheres submetidas à cirurgia oncológica fica afetada, não só devido à imagem corporal, mas também na vida sexual, limitações no trabalho, mudanças nos hábitos e atividades de vida diária. Envolve inquietações que se voltam para a mutilação, a desfiguração e suas consequências para a vida sexual. A dor da paciente oncológica vai muito além da dor física e está relacionada com a identidade feminina.

Na literatura de cuidados de pacientes oncológicos e dores crônicas os temas religiosidade e espiritualidade ganham bastante importância, por ressaltar os domínios do significado, da esperança, do amor e dos relacionamentos (PERES et al.; 2007). Avaliações espirituais se destacam para a promoção do conforto e a diminuição da dor como vontade de escutar, atenção e aceitação (OTIS-GREEN et al.; 2002).

Dessa forma, esta dissertação não se apresenta somente como uma reprodução do que já foi dito ou escrito sobre o assunto, mas proporciona a inovação da discussão desta temática e a análise do tema sob uma perspectiva diferenciada com um olhar bioético, trazendo considerações que contribuem para a melhor qualidade de vida das pacientes com câncer de mama, valorizando-as e respeitando-as em sua dignidade, autonomia, dores e crenças.

2 ARTIGO 1

IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE NA PERCEPÇÃO DA DOR PÓS- OPERATÓRIA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA IMPACT OF THE SPIRITUALITY IN POSTOPERATIVE PAIN PERCEPTION IN WOMEN WITH BREAST CANCER

Eliana Rezende Adami¹; Cícero Urban Andrade²; Waldir Souza³

Resumo

Introdução: O Câncer de mama causa alterações físicas, sociais, emocionais e espirituais, gerando um grande impacto na qualidade de vida, e que podem ser mensuradas por escalas de qualidade de vida, de bem estar espiritual e escalas de dor. São poucos os trabalhos que tratam do tema sob a ótica da bioética estudando a influência da espiritualidade na percepção da dor. **Objetivo:** Avaliar o impacto da espiritualidade na dor pós-operatório do câncer de mama, utilizando como instrumento de medida Escala de Bem Estar Espiritual (EBE) e Escala Visual Analógica de Dor (EVA). **Materiais e Métodos:** Pesquisa transversal exploratória descritiva de abordagem quantitativa realizada em uma amostra de 50 (cinquenta) pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora oncoplástica ou mastectomia com reconstrução de mama. **Resultados:** Através da análise da EBE verificou que a maioria das pacientes (78%) apresentou um nível de bem estar espiritual elevado, essas pacientes apresentaram menor nível na percepção da dor sugerindo que o nível de espiritualidade é preditivo para a percepção e controle da dor. **Conclusão:** Apesar dos efeitos devastadores produzidos pelo adoecimento e pelo tratamento, observa-se nessas mulheres uma expectativa otimista em relação ao futuro. Ao invés de reagirem com uma “entrega resignada” à situação limite imposta pela doença, a espiritualidade promove esperança, ajudando-as a reagirem às adversidades com sentimentos de luta e enfrentamento. Essa postura parece ser essencial na construção de estratégias de enfrentamento mais eficazes diante da situação de adoecimento, tratamento e dor.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Espiritualidade. Qualidade de Vida. Bioética. Saúde.

¹ Farmacêutica-Bioquímica, Bióloga, Mestranda em Bioética; Programa de Pós-Graduação em Bioética, PUC-PR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho, Curitiba – PR, Brasil. E-mail elianaradami@yahoo.com.br.

² Doutor em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Universidade Federal do Paraná. Professor da Universidade Positivo. Linhas de pesquisa: bioética clínica, metodologia científica, pesquisa clínica, câncer de mama, cirurgia oncoplástica e reconstrutora da mama, linfonodo sentinela e pesquisa com células-tronco adultas na regeneração de tecidos. UP-Universidade Positivo, PR. E-mail cicerourban@hotmail.com.

³ Doutor em Teologia pela PUC-Rio. Professor do PPG em Teologia e em Bioética da PUCPR. Linhas de pesquisa: teologia e sociedade; fundamentos da bioética; bioética clínica e humanização. PUC-PR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, PR, Brasil. E-mail waldir.souza@pucpr.br.

Abstract:

Introduction: The Breast Cancer causes physical, social, emotional and spiritual changes generating a large impact on quality of life, which can be measured by quality of life, spiritual well-being and pain scales. There are few studies addressing this issue from the perspective of bioethics studying the influence of spirituality in pain perception. **Objective:** To evaluate the impact of spirituality on postoperative pain in breast cancer, using as a measuring tool Spiritual Well-Being Scale (SBS) and pain scale (VAS). **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study of exploratory quantitative approach performed on a sample of fifty (50) patients with breast cancer undergoing conservative surgery or mastectomy with oncoplastic breast reconstruction. **Results:** By the analysis of SBS verifies that the most part of patients (78%) shows a high level of spiritual, that patients showed a lower level of pain perception suggesting that the spirituality level is predictive to pain perception and control. **Conclusion:** Despite the devastating effects caused by illness and by the treatment, it is observed in these women an optimistic expectation about the future. Rather than responding with a "delivery resigned" to the limit imposed by the disease situation, spirituality promotes hope, helping them to react to adversity with feelings of struggle and confrontation. This attitude appears to be essential in the construction of more effective coping strategies to the situation of illness, treatment and pain.

Key-words: Breast Cancer. Spirituality. Quality of Life. Bioethics. Health.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA, o câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2012 em todo o mundo, o que representa 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nas mulheres. Suas taxas de incidência variam entre as diferentes regiões do mundo, com as maiores taxas em 2012 na Europa Ocidental (96/100mil) e as menores taxas na África Central e na Ásia Oriental (27/100mil). Para o Brasil, em 2014, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/100mil), Sul (70,98/100mil), Centro-Oeste (51,30/100mil) e Nordeste (36,74/100mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (21,29/100mil) (INCA, 2014).

Embora raro, o câncer de mama acomete também os homens, representando menos de 1% do total de casos de câncer de mama. O diagnóstico é realizado através de alterações na mama, geralmente notada pelo próprio paciente, já que não existe rastreamento de câncer de mama em homens. Devido a isso, os casos de câncer de mama em homens acabam sendo diagnosticados, em média, mais tarde que em mulheres e consequentemente é realizado em estágios mais avançados da doença.

O câncer de mama em mulheres é considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, sendo o diagnóstico no estágio avançado o principal fator que dificulta o tratamento. Em nosso país, a maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), correspondendo a cerca de 60% dos diagnósticos, por isso o número de mastectomias realizadas no Brasil é considerado alto (MAKLUF et al., 2006). Em tais condições observa-se uma diminuição das chances de sobrevida, comprometimento dos resultados do tratamento e, consequentemente, perdas na qualidade de vida das pacientes (THULER & MENDONÇA, 2005; INCA, 2006).

O câncer de mama é uma preocupação da Saúde Pública, sendo alvo de ações, planos e programas governamentais destinados ao controle da doença.

Assim, o presente estudo quer entrar nos debates sobre a relação entre câncer de mama, espiritualidade e dor a partir da perspectiva bioética, um lugar pouco comum às pesquisas sobre esse tema.

A reflexão sobre a contribuição da bioética aos estudos sobre câncer de mama, qualidade de vida, espiritualidade e dor terá como base Pesquisa transversal exploratória descritiva de abordagem quantitativa realizada em uma amostra de 50 (cinquenta) mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora com oncoplastica ou mastectomia com reconstrução de mama. Inicialmente são apresentados alguns dos principais estudos sobre câncer de mama e dor utilizando os termos espiritualidade e religiosidade relacionando tais achados à relevância do tema no âmbito da bioética. Em seguida, discute-se a pesquisa realizada, e são apontadas algumas possibilidades de contribuição da espiritualidade aos estudos voltados à percepção da dor na prática do cuidado da paciente com câncer de mama, bem como as implicações bioéticas.

O CÂNCER DE MAMA

O significado da mama na vida da mulher é um aspecto importante que deve ser levado em consideração. Quando ela recebe a notícia de que será necessário ser submetida a uma mastectomia “retirar a mama”, a comunicação por ela recebida é a de que irá perder o “seio”, lugar privilegiado das representações culturais de feminilidade, sexualidade e maternidade (QUINTANA et al., 1999). Por isso, podemos dizer que o câncer de mama é uma ameaça que pode abalar a identidade feminina, sentimento que fundamenta a existência da mulher. Compreender a mulher doente nesta teia de significados é importante para que o tratamento se oriente para uma mulher fragilizada em sua sexualidade, maternidade e feminilidade (QUINTANA et al., 1999).

Mesmo quando o tratamento permite a preservação da mama e ocorre apenas a retirada ampla do tumor, observa-se que a indicação cirúrgica causa medos e crises nas doentes. “No imaginário social, a mama costuma ser associada a atos prazerosos – como amamentar, seduzir e acariciar, não estando associado à ideia de ser objeto de uma intervenção dolorosa, ainda que necessária” (GOMES et al., 2002, p. 200-201).

Em relação à maternidade, para a mulher em idade fértil, o seio representa a nutrição física que a mãe proporciona ao seu filho, as trocas simbólicas e afetivas entre ambos e a nutrição psíquica mãe-filho que alimenta e exercita as várias possibilidades de maternagem da mulher vida afora. Sobre isso existe toda uma construção teórica e prática em psicologia e em psicanálise que enfatiza o seio como objeto pelo qual a mãe estabelece contato com seu filho e lhe proporciona não só o alimento, mas também o prazer e o acolhimento. Ter o seio mutilado pode significar, para muitas mulheres, a impossibilidade de continuar sendo acolhedora e nutridora de seus entes queridos. Atualmente, em nossa cultura, essa valorização está voltada ao seu significado de feminilidade. Ele é fortemente explorado como ícone de apelo sexual, ideia que é reforçada pela mídia.

Frente a essa realidade, a mulher com câncer de mama sente-se vulnerável e fragilizada com a experiência de sentir-se mulher, uma vez que seu seio foi atingido pela doença. Durante o tratamento quimioterápico, radioterápico e hormonioterápico, podem ocorrer, entre outros efeitos, náuseas, vômitos, fadiga, disfunção cognitiva, alopecia, ganho de peso, palidez, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal e excitação, redução do desejo sexual, dispareunia e anorgasmia. O impacto que o câncer de mama provoca na vida da mulher é significativo, pois, além de alterações funcionais impostas pela doença, dor e seu tratamento, ocorrem também mudanças de ordem psíquica, social e econômica (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Tornando da mais alta prioridade compreender e monitorar as sequelas agudas e de longo prazo do tratamento (HARRINGTON et al., 2010; GANZ et al., 2011; RICHARDS et al., 2011). Sintomas adversos dolorosos podem durar por muitos anos após a cirurgia de câncer de mama, impactando a qualidade de vida pós-operatória (MACDONALD et al., 2005; GARTNER et al., 2009; PEUCKMANN et al., 2009; ANDERSON et al., 2011).

Considerando a vulnerabilidade da mulher com câncer de mama e para entender suas aflições, conflitos, dores e expectativas torna-se necessário compreender os aspectos físicos, sociais e psicológicos envolvidos para que se possa contribuir para qualidade de vida dessas pacientes.

DOR ONCOLÓGICA

A experiência da dor é mais bem entendida se uma construção multidimensional, incluindo aspectos físicos, biológicos, sociais, psicológicos e espirituais, for considerada (DAVIS et al., 2003). Além dos conceitos de nocicepção, sensibilidade central e do componente neuropático da dor, numerosos estudos apontam fatores não-biológicos, como o suporte social e as estratégias de enfrentamento, fundamentais na percepção de dor dos pacientes (KRAIMAT et al., 1995; LESTER et al., 1996; KEEFE e BONK, 1999). Emoções negativas como depressão e ansiedade correlacionam-se também com a piora na percepção da dor de cada indivíduo (CAMPELL et al., 2003; MCWILLIAMS et al., 2004).

A dor física é geralmente a mais fácil de controlar. Embora os textos médicos descrevam abordagens farmacológicas e não farmacológicas para controlar a dor, existe muita dor física que não é aliviada. Peritos estimam que 75% dos pacientes com dor são tratados inadequadamente, e que 60 a 90% dos que estão em fase terminal sentem dor de severa a moderada, suficiente para prejudicar suas funções físicas, seu humor e sua interação social. Aproximadamente 25% dos pacientes com câncer morrem com dor severa e não aliviada (CATHOLIC HEALTH ASSOCIATION, 1997).

A dor da paciente oncológica vai muito além da dor física e está relacionada com a identidade feminina. Envolvendo inquietações que se voltam para a mutilação, a desfiguração e suas consequências para a vida sexual da mulher (CARVER, 1993; DUARTE & ANDRADE, 2003; GANDINI, 1995; GIMENES & QUEIROZ, 2000). Estudos prospectivos que avaliaram a qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia demonstraram que elas sentiram piora não só na imagem corporal, mas também na vida sexual, limitações no trabalho e até mesmo mudanças nos hábitos e atividades de vida diária (ENGEL et al., 2004; GANZ et al., 2004).

As dores oncológicas representam 5% das dores crônicas. Estima-se que 18 milhões de pessoas no mundo apresentem câncer diagnosticado atualmente, sendo a dor um problema comum nesses pacientes. Estudos apontam que a dor oncológica não tem sido adequadamente controlada, não por falta de recursos terapêuticos, mas por avaliação imprecisa do quadro de dor e utilização inadequada do arsenal antiálgico disponível (PESSINI, 2002).

Estudos realizados nas unidades de cuidados paliativos e câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que 4,5 milhões de pacientes em países em desenvolvimento e desenvolvidos morrem anualmente sem receber tratamento da dor e sem que lhes sejam considerados outros sintomas tão prevaletentes quanto a dor e que também causam sofrimento.

São várias as modalidades de tratamento do câncer em seus aspectos tumorais, que incluem a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia, a imunoterapia e a reabilitação. Geralmente, o tratamento do câncer requer a combinação de mais de um método terapêutico, o que aumenta a possibilidade de cura, diminui as perdas anatômicas, preserva a estética e a função dos órgãos comprometidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 1993). Essas modalidades de tratamento são bastante eficazes, uma vez que são capazes de controlar o tumor primário e suas complicações. No entanto, o planejamento terapêutico do paciente com câncer deve incluir um conjunto de cuidados, dos quais a conduta clínica e/ou cirúrgica é apenas uma parte. Assim, a “reabilitação tem como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Deve procurar atender às necessidades específicas de cada paciente, com medidas que visem à restauração anatômica e funcional, ao suporte físico e psicológico e à palição de sintomas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INCA, 1993, pag 71).

O cuidado da dor e do sofrimento é a chave para o resgate do ser humano neste contexto crítico, e é um dos objetivos da medicina desde tempos memoriais (PESSINI, 2004). A problemática da dor e do sofrimento não é pura e simplesmente uma questão técnica: estamos frente a uma das questões (bio)éticas contemporâneas de primeira grandeza e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual. Estudos epidemiológicos sobre a ocorrência e etiologia dos quadros algícos são poucos, e o conhecimento sobre o tema ainda é bastante primário no Brasil. Sabe-se, porém, que a dor é a razão principal pela qual 75% a 80% das pessoas procuram o sistema primário de saúde. A dor crônica acomete parcela significativa da população brasileira e é apontada como sendo a principal causa de falta ao trabalho, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade (PESSINI, 2004). No Brasil, os medicamentos campeões de venda no ano de 2011 foram analgésicos e/ou antiinflamatórios (PFARMA, 2012).

Na literatura de cuidados de pacientes oncológicos e dores crônicas os temas religiosidade e espiritualidade ganham bastante importância. Newshan (1998) revê o papel da espiritualidade em pacientes com câncer ou HIV e dor, ressaltando os domínios do significado, da esperança, do amor e dos relacionamentos. Avaliações espirituais destacadas para a promoção do conforto e a diminuição da dor foram: vontade de escutar, atenção e aceitação. Um modelo multidisciplinar envolvendo aspectos espirituais no tratamento da dor em câncer foi proposto por Otis-Green et al (2002). O papel de vários profissionais, como psicólogos, enfermeiros, oncologistas, psiquiatras, assistentes sociais e religiosos, em que cada um desempenha um papel específico relacionando-se com o paciente dentro da sua área de atuação profissional ou pessoal, a bioética pelo seu caráter inter, multi e transdisciplinar promove o diálogo entre os profissionais estabelecendo possibilidades que auxiliarão no bem estar do paciente, considerando sua autonomia e vulnerabilidade.

Em suma, a dor ainda não recebe a atenção devida na assistência à saúde em nosso país. Necessitamos de programas de educação em relação a essa problemática para doentes, familiares, médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais. O desafio para a comunidade científica, bioeticistas, profissionais da saúde e para toda a sociedade é a elaboração de um programa especial sobre essa questão nos currículos de formação desses profissionais. O tema dor deve ser discutido e esclarecido para que haja melhor compreensão e prevenção de sua presença, bem como de seu controle (PIMENTA et al., 1997; PESSINI, 2002). O sucesso do controle da dor é alcançado quando avaliações repetidas permitem a escolha da terapêutica mais adequada para cada paciente, alcançando um efeito favorável entre o alívio da dor e efeitos adversos (RANGEL & TELLES, 2012). Nesse momento a bioética clínica possui um papel fundamental no processo de humanização e nos cuidados da saúde, por se tratar da ética clínica entre o profissional da área da saúde e seus pacientes, criando condições de levar em consideração os valores pessoais dos seres humanos envolvidos, bem como preservando e respeitando-os de forma a obter a máxima eficácia no tratamento, aliviando sua dor.

Diante desse quadro é relevante buscar a compreensão dos efeitos da espiritualidade dos pacientes e sua interferência nos mecanismos da dor no pós-

operatório de mastectomia total ou parcial, de modo a mitigar a percepção da mesma pelos enfermos, melhorando sua qualidade de vida.

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

A espiritualidade e a religiosidade são importantes nos cuidados relacionados à dor, como forma de tornar o atendimento totalizado ao indivíduo, pois a prática religiosa nunca deve substituir a prática médica, e sim completá-la (PERES et al., 2007).

Religiosidade e espiritualidade não são sinônimos, sendo que a religiosidade envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo. Esperandio (2014) considera religiosidade como a expressão do envolvimento do indivíduo com práticas religiosas que podem ser identificadas com religiões institucionalizadas, podendo ser, portanto, um aspecto da espiritualidade do sujeito.

A religiosidade é uma relação com a força divina ou sobrenatural; está ligada ao sagrado e a uma doutrina (ROOS, 2006); serve como veículo pelo qual o indivíduo expressa sua espiritualidade, a partir de valores, crenças e práticas rituais que podem fornecer respostas às perguntas essenciais sobre as questões de vida e morte (CHAN et al., 2006).

A espiritualidade é uma experiência universal que engloba o domínio existencial e a essência do que é ser humano; não significa uma doutrina religiosa, mas sim uma filosofia do indivíduo, seus valores e o sentido atribuído à vida (NASCIMENTO et al., 2009; CHAN et al., 2006). A dimensão da espiritualidade visa favorecer a harmonia com o universo, esforçando-se para responder às questões sobre o infinito. É mais evidente quando o indivíduo se depara em situações de estresse emocional, doença física e morte, buscando um sentido para os acontecimentos, a integridade, a paz, a harmonia, e a individualidade (NASCIMENTO et al., 2009; NARAYANASAMY et al., 2001). A espiritualidade está relacionada com a essência da vida e produz comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, em uma perspectiva de subjetividade e transcendência (NASCIMENTO et al., 2009, BOFF, 2001; ROSS, 2005).

Para Tavares (2013) a espiritualidade pode ser compreendida como uma busca de significado e sentido para a vida, em dimensões que transcendem o

tangível, que elevam o coração e o sentir humanos à experiência com algo maior que o seu existencial, podendo ou não estar relacionada a uma prática religiosa formal.

Necessitamos de um sentido e de uma razão para viver e para morrer. Em recentes pesquisas nos Estados Unidos, ficou evidenciado que o aconselhamento em questões espirituais situa-se entre as três necessidades mais solicitadas pelos que estão morrendo e seus familiares (LEPARGNEUR, 1999).

Outros pesquisadores mostram o efeito de aspectos religiosos e espirituais no tratamento de situações dolorosas. Em um estudo que comparou o efeito de diferentes formas de meditação em relação à ansiedade, ao humor e à dor (WACHOLTZ e PARGAMENT, 2005), demonstrou-se que o grupo que realizou meditação com envolvimento espiritual obteve menores níveis de ansiedade, melhora do humor e duas vezes mais tolerância à dor.

A espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas. Essa definição é utilizada como base em cursos médicos sobre espiritualidade e saúde. A espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida. Esse conceito é encontrado em todas as culturas e sociedades. É expressa como uma busca individual mediante a participação de grupos religiosos que possuem algo em comum, como fé em Deus, naturalismo, humanismo, família e arte (PUCHALSKI, 1999). Um dos primeiros estudos em pacientes com dor por crises de falcização na anemia falciforme mostrou que os pacientes com níveis mais altos de religiosidade apresentaram um senso de controle maior da dor, mas não de sua intensidade (BANKS, 2006).

Em uma revisão publicada pelos pesquisadores Koenig, McCullough & Larson, o “Handbook of Religion and Health” (Manual de Religião e Saúde), foram analisados 1.200 estudos quantitativos, sobre o tema saúde e espiritualidade no período entre 1872 – 2000. Em 2012, eles publicaram uma segunda edição sobre a década seguinte (período entre 2000-2010). Em 10 anos houve um acréscimo de 2.100 estudos quantitativos (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Pesquisas qualitativas não foram incluídas nessas duas edições. Tais estudos abrangem a relação entre espiritualidade e saúde física e mental sob os mais diversos enfoques.

Em um artigo onde Koenig discute as implicações dos achados científicos para a prática clínica, o autor lista várias pesquisas com resultados significativos. Um

estudo na clínica de doenças pulmonares da Universidade de Pensilvânia mostrou que 66% dos pacientes afirmaram que as suas crenças religiosas influenciariam em suas decisões de tratamento caso eles ficassem gravemente enfermos, e 80% desta amostra reportou que eles seriam receptivos às perguntas sobre suas crenças religiosas (ESPERANDIO, 2014, KOENIG, 2004, p. 1195). Koenig cita ainda, vários outros estudos que apontam que as crenças e práticas religiosas estão associadas com taxas de suicídio mais baixas; menos ansiedade; menos abuso de substâncias; menos depressão e recuperação mais rápida da depressão; maior bem-estar, esperança e otimismo; mais propósito e significado na vida, apoio social superior; maior satisfação e estabilidade conjugal (ESPERANDIO, 2014, KOENIG, 2004, p. 1195).

A espiritualidade liga-se ao significado e à finalidade da vida, à interligação com os outros, com a Terra e com o Universo, assim como de uma adequada relação com Deus, com suas crenças, pondo-nos questões desafiadoras que podem ser simples ou complexas. A espiritualidade envolve relações consigo próprio, com o outro contribuindo para o seu bem-estar (TWYECROSS, 2003).

A Organização Mundial de Saúde declarou que a espiritualidade é uma dimensão importante na qualidade de vida. Estudos têm sugerido que doentes apresentam muitas necessidades espirituais que não são expressas espontaneamente aos profissionais de saúde (SULMSSY, 2001; PULCHASKI, 2001; CULLIFORD, 2002; MCCORD, 2004).

A espiritualidade é questão ampla e sua mensuração, bastante complexa, sendo o bem-estar espiritual, ou seja, a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença, um de seus aspectos passíveis de avaliação. Os instrumentos de mensuração do bem-estar espiritual estão baseados no conceito de espiritualidade que envolve um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, existencial, um sentido de propósito e satisfação de vida (GASTAUD et al., 2006), que dá um sentido para a dor e o sofrimento.

O sofrimento psicológico da mulher que passa pela circunstância de ser portadora de um câncer de mama e de ter que enfrentar um tratamento difícil, transcende ao sofrimento configurado pela doença em si. É um sofrimento que comporta representações e significados atribuídos à doença ao longo da história e da cultura e adentra as dimensões das propriedades do ser feminino, interferindo

nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas e básicas da mulher. Considerar estes aspectos nas propostas de atenção à mulher com câncer de mama é mais que necessário, tornando-se indispensável.

A atenção ao aspecto da espiritualidade é essencial na prática de assistência à saúde. Cada vez mais, a ciência reconhece a importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completarmos. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que somos colocados diante de uma situação de dor extrema ou que se aproxima da terminalidade da vida corporal (PERES, 2007).

Em uma busca no Scielo, BVS sobre as pesquisas realizadas no Brasil sobre espiritualidade e câncer de mama, utilizando as palavras espiritualidade e câncer de mama, foram encontrados mais de 1900 artigos, mostrando que o interesse em pesquisar esse assunto tem despertado a atenção de pesquisadores, destacando a importância dos estudos sobre como os pacientes se utilizam da religião/espiritualidade para melhor enfrentarem processos de saúde-doença.

Apesar do interesse em se estudar espiritualidade e câncer de mama, não foi encontrado nenhum artigo que correlaciona o nível de espiritualidade com a percepção de dor em mulheres com câncer de mama no campo da bioética. Nesse contexto é necessário compreender se a espiritualidade influencia na percepção de dor no processo de câncer de mama, criando estratégias que ajudariam a mulher a enfrentá-la melhorando sua qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa transversal exploratória descritiva de abordagem quantitativa. Em uma amostra de 50 pacientes no Centro da Mama, com indicativo de cirurgia conservadora com oncoplastica ou mastectomia com reconstrução de mama. No pré-operatório foi aplicada a escala de Bem Estar Espiritual (EBE) na última consulta antes a cirurgia e no pós-operatório foi aplicado a escala visual analógica de dor (EVA) na primeira consulta após a cirurgia, ambas preenchidas pelas pacientes, no período de abril a agosto de 2014.²

A EBE avalia o bem-estar espiritual geral, foi desenvolvida por Paloutzian e Ellison, em 1982, e adaptada para a população brasileira por Marques et al. em 2003. É constituída de 20 itens, dos quais 10 avaliam o bem-estar religioso (BER), e os demais, o bem-estar existencial (BEE). A EVA consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, sendo um instrumento importante para verificar a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para analisar se o tratamento está sendo efetivo, se os procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor.

² Parecer Consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC-PR, sob número 570.862. As participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), guardados em poder da pesquisadora, a qual coletou os dados. Como critérios de inclusão utilizou pacientes com câncer de mama que seriam submetidas a cirurgia conservadora com oncoplastica ou mastectomia com reconstrução de mama que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídas pacientes submetidas a mastectomia parcial ou total por doenças benignas ou que não concordaram em participar da pesquisa.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis estudadas foram descritas segundo suas frequências, médias e desvios padrões (ou medianas e valores máximos e mínimos). Nas comparações entre o grupo EBE alto e EBE moderado foi utilizado o teste de Mann-Whitney que é um teste não paramétrico aplicado para duas amostras independentes. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Todo o processamento estatístico foi suportado pelo software GRAPHPAD PRISM, versão 5.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 50 mulheres com idade média de $53,2 \pm 12,4$ anos. O perfil das participantes, segundo estado civil, casadas (64,7%), divorciadas (17,7%), viúvas (9,8%) e solteiras (7,8%). Em relação à ocupação, coletado por meio do questionário de caracterização, foram encontrados percentual de (24%) Do Lar, (18%) professoras, (6%) aposentadas, (4%) advogadas e as outras profissões se enquadram em (2%) cada. Em relação à religião foram encontrados maiores percentuais entre as mulheres católicas representando (77,1%), seguida de católica/espírita e evangélica com (5,8%) cada, acompanhada de espírita, judaica e sem religião de (2,8%) cada. A maioria das participantes é de Curitiba (80%), 18% são da região metropolitana de Curitiba e do interior do estado do Paraná e, 2% são do Rio Grande do Sul.

Sobre o tipo de cirurgia, todas fizeram mastectomia, sendo que 21 mulheres fizeram mastectomia mais EA (esvaziamento axilar) com reconstrução com prótese mais mamoplastia da mama oposta, 20 mulheres foram submetidas a quadrantectomia com reconstrução parcial mais mamoplastia da mama oposta, 5 mulheres foram submetidas a mastectomia bilateral mais BLS (biópsia de linfonodo sentinela) com reconstrução de prótese bilateral e as 4 restantes fizeram quadrantectomia mais EA com reconstrução parcial mais mamoplastia da mama oposta.

A EBE foi aplicada no pré-operatório. De acordo com Paloutzian et al., (1998) sugerem como pontos de corte para o escore geral da EBE os intervalos de 20 a 40, 41 a 99 e 100 a 120, para baixo, moderado e alto, respectivamente. Na análise desse estudo foram encontrados 11 pacientes com escore moderado, correspondendo a 22% e 39 pacientes com escore alto representando 78%, evidenciando que a maioria das pacientes apresentam um nível espiritual elevado.

Ao analisar a correlação entre bem estar espiritual e percepção da dor, os resultados obtidos na aplicação das escalas apontam que as pacientes com EBE moderado apresentaram maior nível de dor, com mediana de 8 (2-10) enquanto as pacientes que apresentam EBE alto apresentaram menor nível de dor com mediana de 2 (0-10) com $p < 0,01$ (IC de 99%), como pode ser observado no gráfico 1 e tabela 1.



Gráfico 1. Relação entre o nível de espiritualidade (EBE alto/EBE moderado) e a percepção de Dor (EVA).

Tabela 1: Aspectos quantitativos da avaliação do EBE alto e EBE moderado com a EVA, n=50.

	EBE ALTO	EBE MOD
Mínimo	0,00	2,00
1º quartil	0,00	3,50
Mediana	2,00	8,00
3º quartil	5,00	10,00
Máximo	10,00	10,00
Média	2,65	7,00
DP	2,63	3,52
Erro DP	0,51	1,43
Soma	3,71	10,70

Tabela 1: Mediana, média e desvio interquartil (1º quartil e 3º quartil), desvio padrão e erro desvio padrão da avaliação entre EBE alto e EBE moderado, n=50.

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; COOPER-EFFA et al., 2001; KOENIG, 2001; BRAND, 1995).

Harrison et al. (2005), ao avaliarem 50 pacientes americanos com anemia falciforme, demonstraram que frequência à igreja mais de uma vez por semana implica escores mais baixos de dor, correlacionando positivamente, porém outros

aspectos, como estudos bíblicos e religiosidade intrínseca, não se relacionam com o sentir menos dor.

Em um estudo realizado em 122 pacientes com dores musculoesqueléticas observou-se que pacientes sentiram-se mais abandonados por Deus e tiveram menos desejo de diminuir a dor no mundo. Práticas religiosas privadas foram inversamente relacionadas às variáveis físicas, mostrando que os pacientes em pior estado tinham maior probabilidade em se engajar as práticas, como um meio de enfrentamento da sua baixa qualidade de vida. Aspectos como perdão, experiências espirituais diárias, suporte religioso e autopercepção de religiosidade são indicativos de melhora significativa do estado de saúde mental dos pacientes (RIPPENTROP et al., 2005).

O coping religioso/espiritual (CRE) ou enfrentamento são esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de dano, de ameaça ou de desafio quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática. Apenas esforços conscientes e intencionais são considerados estratégias de coping e o estressor deve ser percebido e analisado não sendo assim consideradas respostas subconscientes (BALDACCHINO et al., 2014). A utilização do coping religioso/espiritual pode ajudar no manejo da dor e a passar pelo processo de doença de uma forma menos dolorosa.

Eric Cassel define o sofrimento como um estado de estresse grave associado aos eventos que ameaçam a integridade de cada pessoa. O processo de destruição da pessoa é percebido enquanto a ameaça da desintegração persistir ou até que a integridade da pessoa seja restaurada de alguma maneira. Nos traz ainda que “os corpos não sofrem, as pessoas sofrem” (CASSEL, 1991, 32).

O sofrimento, afeta as pessoas em toda a sua complexidade, podendo ocorrer nas dimensões social, familiar, física, emocional e espiritual (CASSEL, 1982). Outra forma de expressar a natureza do sofrimento humano é o conceito definido por “dor total” articulado por Saunders (SAUNDERS e SYKES, 1993). Ela descreveu quatro domínios da dor, que, em sua totalidade, constituem o conceito da chamada dor total: dor física (e outros sintomas físicos de desconforto), dor emocional (ansiedade, depressão), dor social (medo da separação, sensação de abandono, luto antecipatório) e dor espiritual. Cassel (1999) completa ainda: O sofrimento não identificado não poderá ser aliviado. É necessário compreender o paciente diante de uma dor intensa ou diante da possibilidade de final da vida deve se ajustar às suas

necessidades espirituais. Ele precisa ter seus desconfortos físicos bem 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 uma ameaça constante à sensação de plenitude desejada pelos pacientes que estão em iminência da morte. “O sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida” (SAUNDERS, 1996, 53).

A paciente com câncer de mama enfrenta vários tipos de sofrimento como a dor, a perda da mama, se sente mutilada, a perda de cabelo (alopécia), alterações hormonais que afetam sua sexualidade, se acha incapaz de amamentar, acarretando conflitos e dificuldades que serão enfrentadas de acordo com a biografia de cada pessoa.

Nesse momento de conflito, dor, perdas, incertezas, a bioética clínica entra em ação estabelecendo diálogo entre o médico e a paciente reconfortando-a, tirando suas dúvidas, chegando a um consenso em relação ao tratamento, estabelecendo uma ponte entre os outros profissionais, como psicólogos, que poderão contribuir para melhor compreensão da dor, ajudando a dar um sentido para o sofrimento.

CONCLUSÃO

O sofrimento psicológico da mulher que passa pela circunstância de ser portadora de um câncer de mama e de ter de acolher um tratamento difícil, transcende ao sofrimento configurado pela doença em si. Comporta representações e significados atribuídos à doença ao longo da história e da cultura, adentra as dimensões do ser feminino, interferindo nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas e básicas da mulher, sendo indispensável considerar estes aspectos nas propostas de atenção à mulher com câncer de mama.

Na análise da EBE a maioria das pacientes apresentou um nível de bem estar espiritual elevado, apresentando menores níveis na percepção da dor com mediana de 2, enquanto que os EBE moderado apresentam mediana de 8, portanto maiores níveis na percepção da dor. Esses resultados sugerem que a espiritualidade auxilia no enfrentamento da dor, propiciando condições para que essas pacientes consigam trabalhar sua dor e sofrimento dando um sentido para o processo que está enfrentando.

Apesar dos efeitos potencialmente devastadores produzidos pelo adoecimento e pelo tratamento, observa-se nessas mulheres uma expectativa otimista em relação ao futuro. Ao invés de reagirem com uma “entrega resignada” à situação limite imposta pela doença, a espiritualidade promove esperança, ajudando-as a reagirem às adversidades com sentimentos de luta e enfrentamento. Essa postura parece ser essencial na construção de estratégias de enfrentamento mais eficazes diante da situação de adoecimento e tratamento.

Ao aproximarmos o câncer de mama, dor, sofrimento e espiritualidade podemos perceber a grandiosidade do universo que envolve a pessoa humana vulnerabilizada pela doença. Essa deve ter sua dignidade respeitada, considerando todos os aspectos do fenômeno dor/sofrimento, ou seja, a dimensão física, psíquica, social e espiritual. Devido a relevância desses resultados para a bioética clínica sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas para maior compreensão e entendimento das variáveis envolvidas no estudo.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, KG, KEHLET, H (2011) Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. **J Pain** 12(7): 725–746.
- BALDACCHINO, DR, BONELLO L, DEBATTISTA CJ. Spiritual coping of older persons in Malta and Australia (part 1). **Br J Nurs**. 2014 Aug 14;23(15):843-6.
- BANKS, J.W. - The importance of incorporating faith and spirituality issues in the care of patients with chronic daily headache. **Curr Pain Headache Rep** 10(1):41-46, 2006.
- BOFF, L. Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: **Sextante**; 2001.
- BRAND, P. - Coping with a chronic disease: the role of the mind and spirit. **Patient Educ Couns** 26(1-3):107-112, 1995.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização Hospitalar. Brasília. 2002. Disponível em: www.portalhumaniza.org.br. Acessado em 12 de novembro de 2013.
- CAMPBELL, L.C.; CLAUW, D.J.; KEEFE, F.J. - Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. **Biol Psychiatry** 54:399-409, 2003.
- CASSEL, EJ. The nature of suffering and goals of medicine. **New York: Oxford University Press**, 1991.
- CATHOLIC, Health Association, **op.cit.**, 29, 1997.
- CHAN, MF, CUNG, LY, LEE, AS, WONG, WK, LEE, GS, LAU, CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. **Nurse Educ Today**. 2006;26(2):139-50.
- CICONELLI, R.M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, v.39, n.3, p.143-50, 1999.
- CICONELLI, R.M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev. Bras. Reumatol.**, v.43, p.9-12, 2003.
- COOPER-EDFFA, M.; BLOUNT, W.; KASLOW, N.; ROTHENBERG, R.; ECKMAN, J. - Role of spirituality in patients with sickle cell disease. **J Am Board Fam Pract** 14:116-122, 2001.
- CULLIFORD, L. – Spirituality and clinical care, Vol. 325, **Brighton**, December 2002. p. 1434-1435.

DAVIS, P.J.; REEVES, J.L.; GRAFF-RADFORD, S.B.; HASTLE, B.A.; NALIBOFF, B.D. - Multidimensional subgroups in migraine: differential treatment outcome to a pain medicine program. **Pain Med** 4: 215-222, 2003.

ELLISON, C.W. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. **Journal of Psychology and Theology**, 11(4), 330-340.

ENGEL, J, KERR, J, SCHLESINGER-RAAB, A, SAUER, H & HOLZEL, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. **Breast Journal**, 10(3), 223-231.

ESPERANDIO, M. R. G. (2014). Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, p. 805-832, jul./set. 2014 – ISSN 2175-5841.

GANZ, PA, KWAN, L, STANTON, AL, BOWER, JE, BELIN, TR (2011) Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. **J Clin Oncol** 29(9): 1101– 1109.

GANZ, P. A., LORNA, K., STANTON, A., KRUPNIK, J. L., ROWLAND, J. H., MEYEROWITZ, B. E., BOWER, J. E. & BELIN, T. R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. **Journal of the National Cancer Institute**, 96(5), 376-387.

GARTNER, R, JENSEN, MB, NIELSEN, J, EWERTZ, M, KROMAN, N, KEHLET, H (2009) Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. **JAMA** 302(18): 1985–1992.

GASTAUD, MB, SOUZA, LDM, BRAGA, L, HORTA, CL, OLIVEIRA, FM, SOUSA, PLR, et al. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**. 2006;28(1):12-8.

GIMENES, M. G. G. & QUEIROZ, E. (2000). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), **A mulher e o câncer** (pp. 173-195). Campinas: Livro Pleno.

GOMES, R., SKABA, M. M. V. F. & VIEIRA, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócioantropológica do câncer de mama feminina. **Caderno de Saúde Pública**, 19(1), 197-204.

HARRINGTON, CB, HANSEN, JA, MOSKOWITZ, M, TODD, BL, FEUERTEIN, M (2010) It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors – a systematic review. **Int J Psychiatry Med** 40(2): 163–181

HARRISON, M.O.; EDWARDS, C.L.; KOENING, H.G.; BOSWORTH, H.B.; DECASTRO, L.; WOOD, M. - Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease. **J Nerv Ment Dis** 193:250-257, 2005.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (2006b). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama "Viva Mulher"., de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (2014b). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama "Viva Mulher". Recuperado em 28 janeiro de 20014 de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140.

LEPARGNEUR, H. Sofrimento vivenciado fora da área cristã. In: **Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde**. São Paulo: Paulus Ed. Centro Universitário São Camilo, 1999.p.1291-4.

LESTER, N.; LEFEBVRE, J.C.; KEEFE, F.J. - Pain in young adults: relationships of three pain- coping measures to pain and activity interference. **Clin J Pain** 12:291-300, 1996.

KRAAIMMAAT, F.W.; VAN DAM-BAGGEN, R.M.; BIJLSMA, J.W. - Association of social support and the spouse's reaction with psychological distress in male and female patients with rheumatoid arthritis. **J Rheumatol** 22:644-648, 1995.

KEEFE, F.J.; BONK, V. - Psychosocial assessment of pain in patients having rheumatic diseases. **Rheum Dis Clin North Am** 25:81-103, 1999.

KOENIG, H. G. Commentary: Why Do Research On Spirituality And Health, And What Do The Results Mean? **J Relig Health**. 2012 Jan 19. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22258735>>. Acesso em: 17 fev. 2012b.

KOENIG, H.G. **Medicina, Religião e Saúde**. O Encontro da Ciência e da Espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012a.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality and Consultation-Liaison Psychiatry. In: HUGUELET, P.; KOENIG, H. (Ed.). **Religion and Spirituality in Psychiatry**. New York: Cambridge University Press. 2009. p. 190-214.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. **Southern Medical Association**, Birmingham, AL, Dec; v. 97, n. 12, p. 1194-1200, 2004.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B.L. Religiosity and Remission of Depression in Medically ill older patienst. **Am J Psychiatry**, Arlington, VA, v. 155, n. 4, p. 336-542, 1998.

KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B.. **Handbook of religion and health** (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. 2001. Religion and coping with serious medical illness. **Ann Pharmacother**, Cincinnati, OH, Mar; v. 35, n.3, p. 352-359. 2001.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health** (1st ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2001.

MACDONALD, L, Bruce J, SCOTT, NW, SMITH, WC, CHAMBERS, WA (2005) Longterm follow-up of breast cancer survivors with post-mastectomy pain syndrome. **Br J Cancer** 92(2): 225–230.

MAKLUF, A. S. D., DIAS, R. C. & BARRA, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 52(1), 49-58.

MARQUES, LF. A saúde e o bem estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicol Cienc Prof.** 2003;23(2):56-65.

MARTINEZ, M.C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. São Paulo. Dissertação de Mestrado. **Faculdade de Saúde Pública**. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MILLAN, M.J. The induction of Pain: an Integrative Review. **Progress in Neurobiology**, 57, 1-164, 1999

MCWILLIAMS, L.A.; GOODWIN, R.D.; COX, B.J. - Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. **Pain** 111:77-83, 2004.

MCCORD, GARY – Discussing spirituality with patients: a racional and ethical approach,Departement of Family Medicine, **Northeasten Ohio Universities College of Medicine**,Vol. 2, Nº 4, Julho/Agosto 2004. p. 356-361.

NASCIMENTO, LC et al Spiritual care: an essential component of the nurse practice in pediatric oncology, **acta**, 2009.

NARAYANASAMY, A, OWENS, J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. **J Adv Nurs**. 2001;33(4):446-55.

NEWSHAN, G. - Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. **J Adv Nurs** 28:1236-1241, 1998.

OLIVEIRA, M.R de.; ORSIN, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. **Rev. Neurocienc.**, 2008.

OTIS-GREEN, S.; SHERMAN, R.; PEREZ, M.; BAIRD, R.P. - An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. **Cancer Pract** 10:58-65, 2002.

PALOUTZIAN, R, ELLISON, C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D. Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: **John Wiley and Sons**; 1982. p. 224-35.

PERES, M.F.P. et al. / **Rev. Psiqu. Clín.** 34, *supl 1*; 82-87, 2007.

PESSINI, LÉO; BARCHIFONTAINE, CHRISTIAN de PAUL de. Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva Latino-America. In: **Iniciação a Bioética**. Brasília-DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

PESSINI, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, 10(2), 51-72.

PESSINI, LÉO, BERTACHIN, LUCIANA. Humanização e Cuidados Paliativos, **Ed. Loyola**, SP, 2004.

PEUCKMANN, V, EHOLM, O, RASMUSSEN, NK, GROENVOLD, M, CHRISTIANSEN, P, MOLLER, S, ERIKSEN, J, SJOGREN, P (2009) Chronic pain and other sequelae in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. **Eur J Pain** 13(5): 478–485

PFARMA: <http://pfarma.com.br/noticia-setor-farmaceutico/mercado/876-10-medicamentos-genericos-mais-consumidos-2011.html>, acesso 09/11/13.

PIMENTA, CAM, KOIZUMI, MS, TEIXEIRA, J. Dor no doente com câncer: característica e controle. **Rev Bras Cancerol** 1997;43(1): 21-44. Disponível em: http://www.inca.org.br/rbc/n_43/v1/artigo2_completo.html, Acessado 09 de novembro de 2013.

POMPEU, J. M.; MENESES, L. C. **Estudo comparativo da qualidade de vida em pacientes com Doenças de Parkinson Idiopatica praticantes de atividades físicas e não 65 praticantes**. 2008. 102 f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade da Amazônia, Belém, Pará, 2008.

POWELL, LH, SHAHABIL, THORESEN, CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. **Am Psychol**. 2003;58(1):36-52

PUCHALSKI, M. Christina – The role of spirituality in health care, **Baylor Medical Center Proceedings**, Vol.14, Nº4, October 2001. p. 352-357.

QUINTANA, A. M., SANTOS, L. H. R., RUSSOVSKY, I. L. T. & WOLFF, L. R. (1999). Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 45(4), 45-52.

RANGEL, O., TELLES, C., Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, Ano 11, Abril / Junho de 2012.

REPORT, Institut of Medicin, EUA, 2011.

RIPPENTROP, E.A.; ALTMAIER, E.M.; CHEN, J.J.; FOUND, E.M.; KEFFALA, V.J. - The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. **Pain** 116:311-321, 2005.

ROOS, L. Spiritual care in nursing: an overview of research to date. **J Clin Nurs**. 2006;15(7):852-62

SAAD, M, MSAIERO, D, BATTISTELLA, LR. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**. 2001; 8(3):107-12.

SAUNDERS, D.C. A response to logue's: where hospice fails, the limits of palliative care. **OMEGA- Journal of Death and Dying** 1996;1(32):2-5.

SIEGEL, S. Estatísticas não paramétrica para as ciências do comportamento ; tradução de Alfredo Alves de Farias. S.P, **Mcgraw-Hill do Brasil**, 1975.

SHEPPARD, L.A, ELY, S. Breast cancer and sexuality. **Breast J** 2008; 14(2):176-181.

SIEDLER, A.J., BACKES, D.S., PALOMINO, I.M., LEMOS, M.B., & PRESTES, O. (2004). Humanização em ação: Sensibilizando os profissionais para o processo de humanização. *Boletim da Saúde*, 18(2), 57-64.

SINCLAIR, S.; PEREIRA, J.; RAFFINS, S. - A thematic review of the spirituality literature within palliative care. **J Palliat Med** 9(2):464-479, 2006.

SULMSSY, P. Daniel, - Addressing the religious and spiritual needs of dying patients, **Bioethics Institute of New York Medical College Valhalla**, Vol. 175, October 2001.p. 251-254.

SUNDBLOM, D.M.; HAIKONEN, S.; NIEMI-PYNTTARI, J.; TIGERSTEDT, I. - Effect of spiritual healing on chronic idiopathic pain: a medical and psychological study. **Clin J Pain** 10:296-302, 1994.

TAVARES, C. Q. (2014). Espiritualidade e bioética: prevenção da “violência” em instituições de saúde. *Rev. Pistis Prax. Teol. Pastor.*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 39-57, jan./jun. 2013.

THULER, L. C. S. & MENDONÇA, G. A. (2005). Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 27(11), 656-660.

TREJO-OCHOA, JL.; etal Impact on quality of life with breast reconstructive surgery after mastectomy for breast cancer, **Ginecol Obstet Mex**. 2013 Sep; 81(9):510-8.

TWYCROSS, ROBERT - Cuidados paliativos, 2ª edição, **Climepsi Editores**, Lisboa, 2003.

WALCHHOLTZ, A.B.; PARGAMENTE, K.I. - Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. **J Behav Med** 28:369-384, 2005.

3 ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER IN THE PREOPERATIVE PERIOD

Eliana Rezende Adami³.; Cícero Andrade Urban⁴.; Waldir Souza⁵.

Resumo

A detecção precoce do câncer, o avanço no tratamento, o número crescente de sobreviventes e a maior importância atribuída aos fatores psicossociais têm despertado o olhar para a qualidade de vida (QV) de pessoas com câncer. Esse câncer causa alterações físicas, sociais e emocionais gerando um grande impacto na qualidade de vida das mulheres. Tal impacto pode ser mensurado por escalas de qualidade de vida. Objetivo: Avaliar a qualidade de vida no pré-operatório de mulheres com câncer de mama utilizando como instrumento de medida o questionário SF-36. Materiais e Métodos: Pesquisa transversal exploratória descritiva de abordagem quantitativa realizada em uma amostra com 50 (cinquenta) pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora com oncoplastica ou mastectomia com reconstrução de mama, no Centro da Mama, no período de abril a agosto de 2014. Resultados: Após análises do SF-36 observa-se que os domínios com menores escores foram saúde mental com mediana de 44,00 seguida pela vitalidade com mediana de 50,00, afetando negativamente a qualidade de vida das pacientes. Os demais domínios não foram indicativos da piora da qualidade de vida. Conclusão: A qualidade de vida dessas pacientes é afetada negativamente pelos domínios saúde mental e vitalidade. Na busca da melhoria da qualidade da assistência a mulheres com câncer da mama, os indicadores de qualidade de vida poderão auxiliar na bioética clínica, nortear estratégias de intervenção terapêutica, avaliar sucesso pós-cirúrgico e o tratamento oncológico, além de criar parâmetros para definição de ações promovendo saúde individual ou coletiva.

Palavras chave: Câncer de Mama. Qualidade de Vida. Bioética Clínica. Saúde.

³ Farmacêutica-Bioquímica, Bióloga, Mestranda em Bioética; Programa de Pós-Graduação em Bioética, PUC-PR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho, Curitiba – PR, Brasil. E-mail : elianaradami@yahoo.com.br.

⁴ Doutor em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Universidade Federal do Paraná. Professor da Universidade Positivo. Linhas de pesquisa: bioética clínica, metodologia científica, pesquisa clínica, câncer de mama, cirurgia oncoplastica e reconstrutora da mama, linfonodo sentinela e pesquisa com células-tronco adultas na regeneração de tecidos. UP-Universidade Positivo, PR. E-mail: cicerourban@hotmail.com.

⁵ Doutor em Teologia pela PUC-Rio. Professor do PPG em Teologia e em Bioética da PUCPR. Linhas de pesquisa: teologia e sociedade; fundamentos da bioética ; bioética clínica e humanização. PUC-PR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná PR, Brasil.E-mail: waldir.souza@pucpr.br.

ABSTRACT

The early diagnosis of cancer, the progress on treatment, the growing number of survivors and the great significance given to psychosocial factors has brought attention to the quality of life (QOL) of people with cancer. Breast cancer causes physical, social, emotional and spiritual changes, bringing a big impact on the women lives. That impact can be measured with scales of quality of life. Objective: To evaluate quality of life in the preoperative period of breast cancer patients, using as indicator the SF-36 questionnaire. Materials and methods: Exploratory cross-sectional descriptive study with quantitative approaches performed on a sample of 50 breast cancer patients submitted to either conservative oncoplastic surgery or mastectomy with breast reconstruction, on the Centro da Mama, from April to July of 2014. Results: After the analysis of the SF-36 questionnaire, it was observed that the areas with lower scores were mental health, with a 44,00 median, followed by vitality, with a 50,00 median, negatively affecting the quality of life of patients. The other areas did not indicate negative effects on quality of life. Conclusion: The quality of life of these patients is negatively affected on the mental health and vitality areas. In the pursuit for the improvement of care for women with breast cancer, the indicators of quality of life may help on clinical bioethics, guide therapeutic intervention strategies, evaluate success of postsurgical intervention and cancer treatment, and create parameters for defining actions, promoting collective and individual health.

KEYWORDS: Breast Cancer. Quality of Life. Clinical Bioethics. Health.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e tem no conceito de promoção de saúde seu foco mais relevante (MINAYO, 2000).

Saúde é definida como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente pela ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946). Posteriormente, saúde passou a integrar a dimensão espiritual no conceito multidimensional, remetendo às questões, como significado e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (OMS, 1988). Para a OMS, espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido (VOLCAN, SOUSA, MARI, & LESSA, 2003, OLIVEIRA & JUNGES, 2013).

Atualmente, o conceito tornou-se mais abrangente e passou a ser denominado qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (POMPEU; MENESES, 2008). A QVRS refere-se à percepção que o indivíduo possui em relação à sua doença e seus efeitos na própria vida, incluindo a satisfação pessoal associada ao seu bem estar físico, funcional, emocional e social (LANA et al, 2007).

O câncer da mama tem um profundo impacto psicossocial nas mulheres por ele afetadas, assim como e em seus familiares (ALMEIDA, 2001). Essas mulheres experimentam, pré-conceitos, medo da morte, sofrimento da mutilação, receio do surgimento do linfedema e, até mesmo, sentimentos de desvalorização social (BERGAMASCO & ANGELO, 2001). Esses aspectos afetam a QV das mulheres com câncer de mama.

Assim, o presente estudo quer entrar nos debates sobre a relação entre câncer de mama e qualidade de vida a partir da perspectiva bioética.

QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida (QV) é bastante complexo e, em geral, a saúde é aceita como parte essencial desta, que engloba um conceito multidimensional que reflete a avaliação subjetiva de satisfação pessoal em relação ao bem-estar físico, funcional, emocional e social (POMPEU; MENESES, 2008). A qualidade de vida (QV) pode ser entendida como a maneira pela qual o indivíduo interage (com sua individualidade e subjetividade) com o mundo externo; portanto, a maneira como o sujeito é influenciado e influencia o meio. Desta afirmativa, tem-se a qualidade de vida como o equilíbrio entre as forças internas e externas (GOULART & SAMPAIO, 2004).

Seis grandes vertentes convergiram para o desenvolvimento do conceito de Qualidade de Vida (QV): 1) os estudos de base epidemiológica sobre felicidade e bem-estar; 2) a busca de indicadores sociais; 3) a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde; 4) a “satisfação do cliente”; 5) o movimento de humanização da medicina; e, 6) a psicologia positiva (SELIGMAN, et al., 2000). Esta última insere-se na atual tendência para o desenvolvimento da pesquisa dos aspectos positivos da experiência humana, e a pesquisa em QV está em sintonia com a busca de estudar variáveis positivas da vida humana.

A avaliação da qualidade de vida considera a percepção subjetiva do paciente como passo importante em direção a uma abordagem mais abrangente e humanista para o tratamento do câncer. Esta tendência é bem documentada na literatura, devido ao aumento do número de estudos de câncer da mama que registram resultados de avaliação de qualidade de vida (MOSCONI, et al.; 2001).

Estudos prospectivos que avaliaram a qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia demonstraram que elas sentiram piora não só na imagem corporal, mas também na vida sexual, limitações no trabalho e até mesmo mudanças nos hábitos e atividades de vida diária (ENGEL et al., 2004; GANZ et al., 2004).

Outros estudos demonstraram redução da qualidade de vida nos domínios emocional, social e sexual não somente no período de um a dois anos após o tratamento inicial, mas também após cinco anos. Sugerem, por isso, que o cuidado psico-oncológico oferecido às pacientes deve ser mantido mesmo após o término do tratamento clínico (HOLZNER et al., 2001).

CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, as quais tem apresentado sobrevida de 5 anos acima de 80%, como resultado de um diagnóstico precoce. Estima-se que em 2015, 57.120 mulheres receberão o diagnóstico de câncer de mama no Brasil (INCA, 2014). O auto-exame de mama e a mamografia são procedimentos utilizados para o diagnóstico precoce desse tipo de câncer, sendo a mamografia o método mais sensível para a detecção de câncer de mama em estágio pré-invasivo.

Atualmente existem várias opções de tratamento para esse tipo de câncer e a sobrevida tem aumentado devido aos avanços tecnológicos para diagnóstico e tratamento. A partir do diagnóstico até a cirurgia reparadora a paciente vivencia graves consequências físicas, psicológicas e financeiras, que contribuem negativamente para sua QV. O que vem despertando o aumento de pesquisas relacionadas à qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, podendo ser evidenciada em buscas nos indexadores como PubMed, BVS, Scielo e Google Acadêmico sendo encontrado mais de um milhão de artigos, mas quando a busca é refinada, dentro da bioética clínica, foram encontrados raros estudos e nenhum tratando especificamente da qualidade de vida no pré-operatório sob o olhar da bioética clínica.

A maioria dos casos é diagnosticado em estágios avançados (III e IV), correspondendo a cerca de 60% dos diagnósticos, dificultando o tratamento, por isso, o número de mastectomias realizadas no Brasil é considerado alto (MAKLUF et al., 2006). Devido ao diagnóstico tardio, observa-se uma diminuição das chances de sobrevida, comprometimento dos resultados do tratamento e, conseqüentemente, perdas na qualidade de vida das pacientes (THULER & MENDONÇA, 2005; INCA, 2006).

O câncer de mama relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas

por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes (INCA, 2014).

Assim como outros tipos de câncer, o câncer de mama está associado a inúmeros fatores de risco, sendo os principais: o envelhecimento, história de câncer na família e menopausa tardia (após os 50 anos de idade). Devido à sua alta frequência e pelas repercussões psicológicas que acarreta, o câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, uma vez que afeta a percepção da sexualidade e da própria imagem corporal (Ministério da Saúde/INCA, 1996). Se detectado precocemente, por meio do auto-exame das mamas ou mamografia - procedimentos que devem ser realizados regularmente, o câncer de mama pode ter seus efeitos atenuados, devido ao registro de tumores primários menores e número reduzido de linfonodos axilares invadidos pela massa tumoral.

São várias as modalidades de tratamento do câncer em seus aspectos tumorais, que incluem a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia, a imunoterapia e a reabilitação. Geralmente, o tratamento do câncer requer a combinação de mais de um método terapêutico, o que aumenta a possibilidade de cura, diminui as perdas anatômicas, preserva a estética e a função dos órgãos comprometidos (Ministério da Saúde/INCA, 1993). Essas modalidades de tratamento são bastante eficazes, uma vez que são capazes de controlar o tumor primário e suas complicações. No entanto, o planejamento terapêutico do paciente com câncer deve incluir um conjunto de cuidados, dos quais a conduta clínica e/ou cirúrgica é apenas uma parte. Assim, a "reabilitação tem como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Procurando atender às necessidades específicas de cada paciente, com medidas que visem à restauração anatômica e funcional, ao suporte físico e psicológico e à paliação de sintomas" (Ministério da Saúde/INCA, 1993, 71).

Considerando esses aspectos que envolvem a mulher com câncer de mama e para entender suas aflições, conflitos, dores, expectativas e vulnerabilidade torna-se necessário compreender os aspectos físicos, sociais e psicológicos envolvidos para que se possa contribuir na promoção da qualidade de vida dessas pacientes.

BIOÉTICA CLÍNICA E CÂNCER DE MAMA

A bioética clínica é um dos ramos mais complexos e desafiadores da bioética. Requer conhecimentos tanto da arte médica, quanto de conceitos jurídicos e científicos. O rápido progresso científico e tecnológico tornou esta interação indispensável ao exercício da medicina (URBAN, 2003).

A bioética clínica proporciona reflexão sobre o papel do profissional de saúde no atendimento realizado no ambiente hospitalar, tendo como meta transmitir informações aos profissionais sobre os cuidados de saúde de uma maneira mais clara e humanizada, e assim levar o bem-estar a todos.

O câncer de mama se enquadra em uma das poucas doenças que agregam enorme complexidade do ponto de vista científico, psicológico, terapêutico, ético e social. O profissional que atua nessa área confronta-se diariamente com situações clínicas difíceis, onde apenas o conhecimento teórico-científico não é suficiente para definir a melhor conduta e resposta para cada paciente na sua individualidade. As decisões clínicas nesta área necessitam de um aprofundamento ético maior (URBAN, 2003).

São vários os problemas e dilemas encontrados, como: diagnóstico pré-natal de suscetibilidade genética, testes genéticos em famílias de risco, câncer de mama na gestação, pacientes terminais, autonomia do paciente, autonomia do médico, erro médico, processos éticos profissionais, uso de informações privadas dos pacientes por empresas e seguros de saúde, pesquisa com seres humanos, a bioética atua estabelecendo diálogo entre a ética e o direito (URBAN, 2003).

O paciente, em condições normais, deve ter sua autonomia respeitada. E respeitar o paciente em sua autonomia significa informá-lo, em linguagem acessível, sobre todas as alternativas existentes (baseando-se em evidências científicas claras), riscos e benefícios de cada intervento e também das suas conseqüências físicas, emocionais e econômicas.

Um dos grandes desafios da saúde pública no Brasil é o diagnóstico precoce do câncer de mama. Não apenas do ponto de vista econômico, mas principalmente sob o enfoque da Ética e da Bioética. A preocupação e o respeito com a dignidade de mulheres que estão morrendo de câncer de mama por não terem tido acesso à

informação e ao diagnóstico em uma fase curável, deverá entrar na pauta como prioridade na saúde pública nacional (URBAN, 2003).

Adoção de Humanização como política de saúde com base legal e ética possui um papel fundamental no processo de humanização. Com a proposta de melhorar a qualidade do atendimento do paciente e nos hospitais, percebemos que estas atividades requerem tempo e conscientização tanto dos profissionais como do governo e pessoas envolvidas no sistema de saúde. A Bioética Clínica humanizada surge com o papel de resgatar o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica e situá-lo num contexto maior de sentido e significado nas suas dimensões psíquicas e sociais.

A bioética constitui uma nova perspectiva, uma área de troca de saberes reflexiva às grandes mudanças efetuadas nas últimas décadas, na área da biologia e da medicina. A bioética não tem por objetivo punir, mas apontar caminhos, não se preocupa somente com os temas clássicos da moral e da ética médica, mas abarca a ética médica e não se limita a ela. Preocupa-se com a ética em relação à vida como um todo. A bioética clínica combina o conhecimento técnico-científico das ciências biomédicas com o conhecimento filosófico. Ela surge para resgatar os aspectos humanos da arte da medicina, muitas vezes esquecidos pelo desenvolvimento tecnológico. Pela reflexão bioética, o ser humano do século XXI poderá caminhar para o desenvolvimento da ciência biomédica no sentido de exaltar o ser humano e não ao contrário, tornando-o um objeto. Conseguindo assim colocar o ser humano em evidência respeitando-o como ser integral.

A humanização, nos atendimentos hospitalares e estabelecimentos de saúde, é de extrema importância para os enfermos que a partir de um atendimento personalizado poderão sentir-se como seres humanos únicos, e valorizados e respeitados em sua dignidade, portanto terão maior capacidade de melhorar e recuperar da enfermidade a qual se encontram, pois se sentirão valorizados e respeitados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa transversal exploratória descritiva de abordagem quantitativa. Utilizando uma amostra de 50 pacientes no Centro da Mama, com aplicação do questionário SF-36 de qualidade de vida no período de abril a agosto de 2014. O SF-36 foi traduzido para a língua portuguesa e validado por Ciconelli et al., (1999), constitui um instrumento genérico de fácil administração e compreensão, considera a percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde (OLIVEIRA; ORSINI, 2008). É formado por 36 itens, subdivididos em 8 domínios: “capacidade funcional” (CF), 10 itens - avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; “aspectos físicos” (AF), 4 itens - avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como as dificuldades de realização do trabalho e das atividades da vida diária (AVDs); “dor” 2 itens - avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas AVDs; “estado geral de saúde” (EGS), 5 itens - avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; “vitalidade” (V), 4 itens – considera o nível de energia e de fadiga; “aspectos sociais” (AS), 2 itens - analisa a integração do indivíduo em atividades sociais; “aspectos emocionais” (AE), 3 itens - avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do indivíduo; e “saúde mental” (SM), 5 itens - inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Inclui ainda um item que avalia as alterações de saúde ocorridas no período de um ano. Os dados são analisados a partir da transformação das respostas de cada domínio em escore numa escala de zero (0) a cem (100), resultando em um pior ou melhor estado geral de saúde (CICONELLI et al., 1999; MARTINEZ, 2002).

Apesar do SF-36 não ser um questionário específico, ele é um dos mais completos e de fácil aplicação (LAHOZ et al., 2010).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis estudadas foram descritas segundo suas frequências, médias e desvios padrões (ou medianas e valores máximos e mínimos). Nas comparações entre os domínios do SF-36 foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Todo o processamento estatístico foi suportado pelo software GRAPHPAD PRISM, versão 5.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 50 mulheres com idade média de $53,2 \pm 12,4$ anos. O perfil das participantes, segundo estado civil, casadas (64,7%), divorciadas (17,7%), viúvas (9,8%) e solteiras (7,8%). Em relação à ocupação, coletado por meio do questionário de caracterização, foi encontrado percentual de (24%) Do Lar, (18%) professoras, (6%) aposentadas, (4%) advogadas e as outras profissões se enquadram em (2%) cada. Em relação à religião foram encontrados maiores percentuais entre as mulheres católicas representando (77,1%), seguida de católica/espírita e evangélica com (5,8%) cada, acompanhada de espírita, judaica e sem religião de (2,8%) cada. A maioria das participantes é de Curitiba (80%), 18% são da região metropolitana de Curitiba e do interior do estado do Paraná e, 2% são do Rio Grande do Sul.

Na análise dos aspectos do SF-36, observa-se que os domínios com escores menores foram a saúde mental com mediana de 44,00, seguida pela vitalidade com mediana de 50,00, mostrando que esses dois domínios afetam negativamente a qualidade de vida das pacientes, por apresentarem valores de medianas menores ou igual a 50. Os outros domínios apresentaram mediana superior a 60,00, não sendo indicativos na piora da qualidade de vida das pacientes (Tabela 1).

Tabela 1: Aspectos quantitativos da avaliação da qualidade de vida (SF-36), n=50.

	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
1º quartil	55,00	25,00	51,00	52,00	40,00	50,00	33,33	40,00
Mediana	80,00	75,00	74,00	60,00	50,00	75,00	100,0	44,00
3º quartil	95,00	100,0	100,0	67,00	65,00	100,0	100,0	64,00
Média	74,02	67,65	72,67	58,18	53,20	69,74	76,00	50,93
DP	24,64	33,28	26,02	17,09	17,86	26,75	29,39	19,44
Erro DP	3,450	4,660	3,679	2,416	2,526	3,783	4,156	2,722

Tabela 1: Mediana, média e desvio interquartil (1º quartil e 3º quartil), desvio padrão e erro desvio padrão da avaliação da qualidade de vida (SF-36), n=50.

O item saúde mental inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional, assim como o bem estar psicológico. Entende-se por saúde mental a sensação de estar bem consigo mesmo e com os outros e a capacidade de lidar de forma positiva com as adversidades, sofrendo influências dos aspectos social e físico, espiritualidade e comunicação com os prestadores de serviços médicos. É reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário (SIMEÃO, 2013).

Esse resultado corrobora com o estudo realizado por Trejo-Ochoa et al (2013) que demonstraram que a saúde mental, emocional e função social das mulheres portadoras de câncer de mama foram afetadas negativamente. Muitas mulheres com câncer de mama sofrem de dor, sintomas pós-menopausa, estresse psicossocial, depressão, distúrbios do sono ou fadiga (FEITEN, 2014).

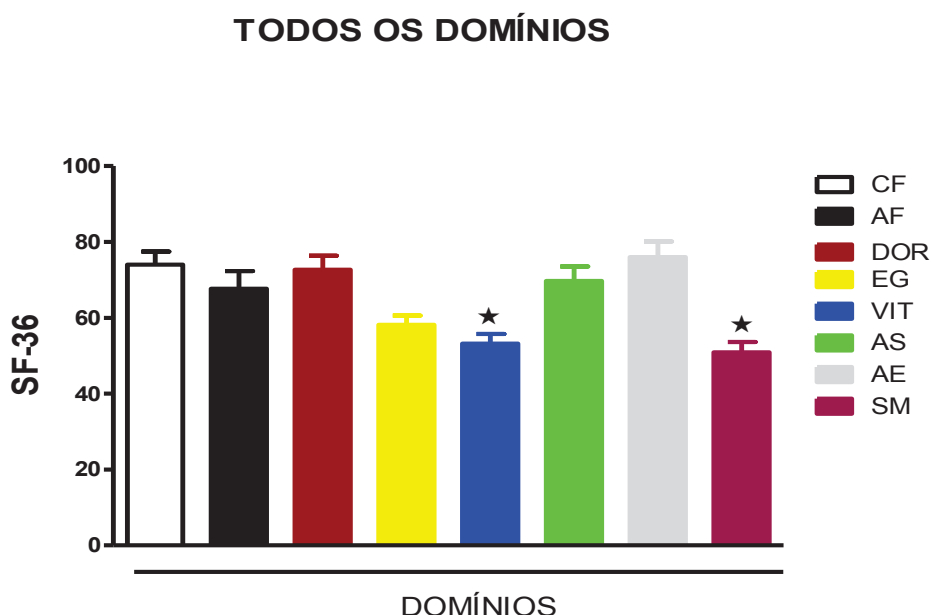
Nos anos 60 e 70 foi intensificada a atenção aos fatores psicológicos. Palmeira (1997) assinala que os fatores da “esfera psíquica” mais frequentemente estudados e considerados como implicados na carcinogênese podem ser reunidos em dois grupos genéricos. No primeiro estão os estados disfóricos (depressão, tristeza, infelicidade, abatimento, desânimo, desesperança, desamparo, desapontamento) e de ansiedade, juntamente com situações traumáticas envolvendo perdas e privações. No segundo, estão os fatores definidos por características de personalidade e de enfrentamento da doença, que variam segundo os pressupostos teóricos adotados.

A incidência dos quadros mentais pode variar conforme a fase do tratamento. Burgess et al. (2005) fizeram um estudo observacional de corte enfocando a ocorrência de depressão e ansiedade em mulheres em fase inicial de câncer de mama. A prevalência no primeiro ano da doença é cerca de duas vezes a população feminina no geral. Com a remissão do quadro, os níveis igualam-se aos da população geral, mas na recorrência do câncer, pode haver um suave aumento nesses níveis. Os fatores de risco para depressão e ansiedade parecem estar mais relacionados à paciente do que à doença ou ao tratamento. Esses fatores são aqueles associados à depressão e à ansiedade na população geral, isto é, idade jovem, problemas psicológicos prévios e dificuldades no suporte social. A quimioterapia adjuvante pode aumentar o risco para depressão e ansiedade durante, mas não após, o tratamento.

Uma meta-análise restrita a estudos que tinham entrevistas psiquiátricas utilizadas para fins de diagnóstico mostrou que, seguindo critérios da CID-ansiedade (prevalência 10%) e depressão (16%) eram menos generalizadas do que comumente se pensa (MITCHELL et al., 2011). Enquanto pacientes com câncer ainda tiveram maiores taxas de ansiedade quando comparados com pessoas sem doenças, anos após a doença, o aumento das taxas de depressão não persistiu por tempo mais longo (MITCHELL et al., 2011).

O segundo domínio que mais afeta negativamente a qualidade de vida (SF-36) é a vitalidade (gráfico 2), está diretamente relacionado ao vigor, à energia, à disposição e à força, ou seja, uma correspondência direta com os aspectos físicos, que, como discutido anteriormente, são impactantes para mulheres que passaram por uma mastectomia ou quadrantectomia, razão pela qual a literatura associa tais aspectos, como, por exemplo, a relação entre o desempenho sexual positivo das mulheres pesquisadas à vitalidade (SHEPPARD, 2008). Esses dois domínios se afetam mutuamente, e pessoas com a saúde mental alterada tem comportamentos de reclusão, tristeza, ansiedade, levando a perda da vitalidade, força e vontade dese relacionar.

Gráfico 2. Domínios do SF-36, n=50



Legenda Gráfico 2: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; EG: Estado Geral de saúde; VIT: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental. * $p < 0,05$.

Alguns autores afirmam que há uma forte relação negativa entre o aspecto vitalidade e o tratamento de esvaziamento axilar (CONDE, 2005; BATISTON, 2005; BATTAGLINI et al 2006; SIMEÃO et al, 2013), bem como ficou demonstrado que mulheres submetidas à mastectomia com reconstrução imediata da mama apresentaram maiores índices de bem-estar, humor e vitalidade, quando comparadas com pacientes que não fizeram reconstrução imediata (SIMEÃO et al., 2013; NISSEN et al., 2001).

A QV é uma construção eminentemente interdisciplinar, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo indispensável. O seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande validade para a superação de modelos de atendimento biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

CONCLUSÃO

A inclusão de medidas de qualidade de vida na prática clínica, apesar de ser um desafio, parece crucial para avaliar intervenções e consequências da doença na vida dessas mulheres, buscando diminuir o impacto físico, emocional e social provocado pelo câncer de mama. Após essa avaliação é possível criar parâmetros para práticas assistenciais cotidianas no serviço de saúde.

Aspectos importantes devem ser considerados ao avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama como percepção da doença, negação, aceitação, tratamento, efeitos devastadores do tratamento e vaidade. Esse último possui um grande impacto afetando a imagem, provocado principalmente pela alopecia, o que causa alterações emocionais e físicas importantes para a mulher.

Neste trabalho, concluímos que a qualidade de vida das pacientes é afetada negativamente pelos domínios saúde mental e vitalidade, os outros domínios não afetam de forma negativa a QV.

Na busca da melhoria da qualidade da assistência a mulheres com câncer de mama, os indicadores de qualidade de vida poderão auxiliar na prática clínica, nortear estratégias de intervenção terapêutica, avaliar sucesso da intervenção pós-cirurgia e tratamento oncológico, além de criar parâmetros para definição de ações promovendo saúde individual ou coletiva.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M., MAMEDE, M. V., PANOBIANCO, M. S., PRADO, M. A. S. & CLAPIS, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 9(5), 63-69.
- BATTAGLINI, C, BOTTARO, M, DENNHY, C, BARFOOT, D, SHIELDS, E, KIRK, D, HACKNEY, AC. The effects of resistance training on muscular strength and fatigue levels in breast cancer patients. **Rev Bras Med Esporte** 2006; 12(3):139-143.
- BATISTON, AP, SANTIAGO, SM. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioter Pesq** 2005; 12(3):30-35.
- BERGAMASCO, R.B; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Rev Bras Cancerol**. 2001; 47(3):277-82.
- BURGUESS, C.; CORNELIUS, V.; LOVE, S.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M.; RAMIREZ, A. - Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. **BMJ** 330: 702, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Brasília. 2002. Disponível em: www.portalhumaniza.org.br. Acessado em 12 de novembro de 2013.
- CONDE, DM, PINTO-NETO, AM, CABELLO, C, SANTOS-SA, D, COSTA-PAIVA, L, MARTINEZ. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors. **Breast J** 2005; 11(6):425-432.
- ENGEL, J, KERR, J, SCHLESINGER-RAAB, A, SAUER, H & HOLZEL, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. **Breast Journal**, 10(3), 223-231.
- FEITEN, S, DUNNEBACKE, J, HEYMANNS, J, KOPPLER, H, THOMALLA, J, VAN, ROYE, C, Wey D, WEIDE, R: Breast cancer morbidity—questionnaire survey of patients on the long term effects of disease and adjuvant therapy. **Dtsch Arztebl Int** 2014; 111: 537–44. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0537.
- GANZ, PA, KWAN, L, STANTON, AL, BOWER, JE, BELIN, TR (2011) Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. **J Clin Oncol** 29(9): 1101– 1109.
- GANZ, P. A., LORNA, K., STANTON, A., KRUPNIK, J. L., ROWLAND, J. H., MEYEROWITZ, B. E., BOWER, J. E. & BELIN, T. R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. **Journal of the National Cancer Institute**, 96(5), 376-387.

GIMENES, M. G. G. & QUEIROZ, E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), **A mulher e o câncer**. Campinas: Livro Pleno, 2000, p.173-195.

GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. dos R. Qualidade de vida no trabalho: uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, J. dos R. (Org). **Qualidade de vida no trabalho e psicologia social**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HOLZNER, B., KEMMLER, G., KOPP, M. & MOSCHEN, R. (2001). Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for longterm survivors? **Psychosomatics**, 42(2),117-123.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (2006b). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama “Viva Mulher”., http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140. Acesso outubro de 2014.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (2014b). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama “Viva Mulher”. Recuperado em 28 janeiro de 2014 de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140. Acesso outubro de 2014.

LANA, R. C. et al., Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007.

LAHOZ, M. A. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

MINAYO, MCS, HARTZ, ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2000; 5:7-18.

MITCHELL, AJ, CHAN, M, BHATTI, H, et al.: Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. **Lancet Oncol** 2011; 12: 160–74.

MITCHELL, AJ, FERGUSON, DW, GILL, J, PAUL, J, SYMONDS, P: Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Oncol** 2013; 14: 721–32.

MOSCONI, P, COLOZZA, M, De LAURENTIIS, M, De PLACIDO, S, MALTONI, M. Survival, quality of life and breast cancer. **Ann Oncol**. 2001; 12 Suppl 3:S15-9.

NISSEN, MJ, SWENSON, KK, Ritz LJ, FARREL, JB, SLADEK, ML, LALLY, RM. Quality of life after breast Carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. **Cancer** 2001; 91(7):1238-1246.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Mental health and spirituality/religiosity: psychologists' understandings. **Estu. Psicol. (Natal)** vol. 17 no 3 Natal Sept./Dec. 2012.

OTIS-GREEN, S.; SHERMAN, R.; PEREZ, M.; BAIRD, R.P. - An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. **Cancer Pract** 10:58-65, 2002.

POMPEU, J. M.; MENESES, L. C. **Estudo comparativo da qualidade de vida em pacientes com Doenças de Parkinson Idiopática praticantes de atividades físicas e não 65 praticantes**. 2008. 102 f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade da Amazônia, Belém, Pará, 2008.

SELIGMAN, M.E.; CSIKSZENTMIHALYI, M. - **Positive psychology: an introduction**. American Psychologist 55(1):5-4, 2000.

SIEGEL, S. **Estatísticas não paramétrica para as ciências do comportamento**. Tradução de Alfredo Alves de Farias. São Paulo : Mcgraw-Hill do Brasil, 1975.

SIEDLER, A.J., BACKES, D.S., PALOMINO, I.M., LEMOS, M.B., & PRESTES, O. (2004). Humanização em ação: Sensibilizando os profissionais para o processo de humanização. **Boletim da Saúde**, 18(2), 57-64.

SIMEÃO, S.F.A.P., CONTI, M. H. S., GATTI, M. A. N., DELGALLO, W. D., VITTA, A. **Quality of life of groups of women who suffer from breast cancer**. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2013.

THULER, L. C. S. & MENDONÇA, G. A. (2005). Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 27(11), 656-660.

TREJO-OCHOA, JL.; et al Impact on quality of life with breast reconstructive surgery after mastectomy for breast cancer, **Ginecol Obstet Mex**. 2013 Sep;81(9):510-8.

URBAN, C.A: **Bioética Clínica**, Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 2003.

VOLCAN, S. M. A., SOUSA, P. L. R., MARI, J. J., & HORTA, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, 37(4), 440-445.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado nos permitiu ter uma visão ampla sobre o câncer de mama. Este câncer quando diagnosticado e tratado ainda em fase inicial, isto é, quando o nódulo é menor que um centímetro, as chances de cura são de até 95%. Infelizmente a maioria das pacientes no Brasil é diagnosticada tardiamente o que ocasiona grande número de cirurgias para realização de mastectomia.

Essas pacientes no pré-operatório tiveram sua qualidade de vida afetada negativamente pelos domínios saúde mental e vitalidade mostrando dificuldades em lidar consigo mesmas, diante da notícia de ter um câncer de mama e de que irá retirar esse seio, que tem várias representações e significações em sua vida. Nesse momento essa mulher se sente desprotegida, sua identidade e feminilidade são afetadas, o seio na cultura brasileira está muito ligado ao sensual, desejo, carinho. Esta mulher sente-se ameaçada tanto no aspecto social, emocional e físico. Esses acontecimentos geram insegurança, medo, raiva, enfim são muitas as dúvidas e conflitos que afetam sua vitalidade e energia.

Apesar dessas dificuldades foi possível observar, na maioria das pacientes, uma vontade enorme de vencer esse processo e sair curada, podemos perceber que a força interior dessas mulheres, sua fé e espiritualidade foram cruciais para que mantivesse esse forte sentimento de luta, dando condições para enfrentamento e vontade de vencer. O nosso objetivo foi atingido, pois nossos resultados mostraram que as pacientes que apresentaram maior nível de bem estar espiritual, mensurado pela EBE, foram capazes de apresentar menores níveis de dor, mensurados pela EVA. Enquanto que as pacientes com EBE moderado apresentaram maiores níveis de dor. Esses resultados sugerem que a espiritualidade atua como agente preditivo no enfrentamento da dor, ajudando a paciente a dar um sentido e um entendimento para sua dor e sofrimento fazendo com que consiga se perceber, se projetar e enfrentar esse momento de uma forma mais suave e menos dolorosa, favorecendo uma melhor qualidade de vida às pacientes afetadas pelo câncer de mama.

Conhecer a doença, os tratamentos e suas consequências físicas e emocionais é de suma importância para adoção de postura que favoreça um enfrentamento dessa doença. Conversar com o médico, com os especialistas e psicólogos, participar de grupos de apoio que ofereçam suporte emocional

necessário, são medidas que podem ajudar a superar esse momento. Tudo isso aliado à espiritualidade, à vontade de querer se curar, buscar e acreditar em algo maior capaz de dar suporte e força.

Ao aproximarmos câncer de mama, espiritualidade, qualidade de vida, dor, sofrimento e bioética clínica, podemos perceber a grandiosidade do universo que envolve a pessoa humana vulnerabilizada pela doença. Essa deve ter sua dignidade respeitada, considerando todos os aspectos do fenômeno dor/sofrimento, ou seja, a dimensão física, psíquica, social e espiritual.

ANEXO1 – ESCALA DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL (EBE)

Para cada uma das afirmações faça um X na opção que melhor indica o quanto você concorda ou discorda, enquanto descrição da sua experiência pessoal.

CT=concordo totalmente

CP=concordo parcialmente

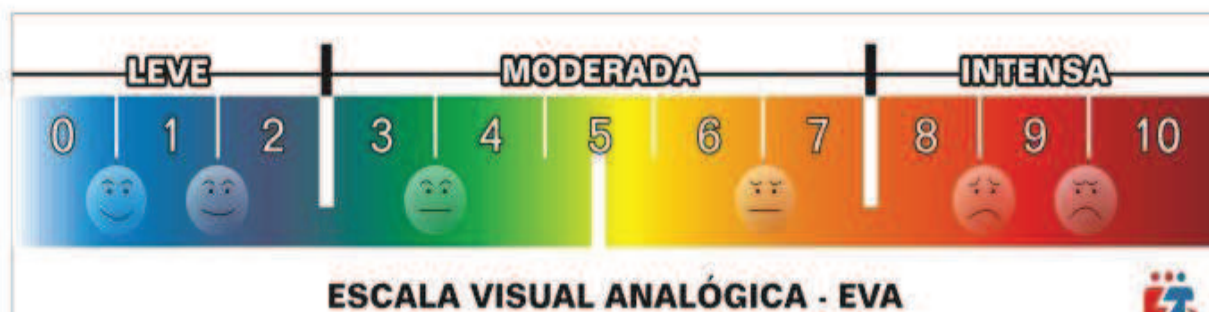
CD=concordo mais que discordo

DC=discordo mais que concordo

DP=discordo parcialmente

DT=discordo totalmente

	CT	CP	CD	DC	DP	DT
1. Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus						
2. Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou						
3. Creio que Deus me ama e se preocupa comigo						
4. Sinto que a vida é uma experiência positiva						
5. Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações cotidianas						
6. Sinto-me inquieta quanto ao meu futuro						
7. Tenho uma relação pessoal significativa com Deus						
8. Sinto-me bastante realizada e satisfeita com a vida						
9. Não recebo muita força pessoal e apoio de meu Deus						
10. Tenho uma sensação de Bem- estar a respeito do rumo que minha vida está tomando						
11. Acredito que Deus se preocupa com meus problemas						
12. Não aprecio muito a vida						
13. Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus						
14. Sinto-me bem acerca do meu futuro						
15. Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não sentir sozinha						
16. Sinto que a vida está cheia de conflito e infelicidade						
17. Sinto-me plenamente realizada quando entou em íntima comunhão com Deus						
18. A vida não tem muito sentido						
19. Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar						
20. Acredito que existe algum verdadeiro propósito para minha vida						

ANEXO 2 – EVA – ESCALA VISUAL ANALÓGICA

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

Nacionalidade:

Idade:

Estado civil:

profissão:

RG:

Endereço:

Estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: **Impacto da espiritualidade na qualidade de vida e na Percepção da dor em mulheres com câncer de mama** cujos objetivos e justificativas são: Discutir o benefício que a espiritualidade traz para a minimização da dor e em sua qualidade de vida em pacientes com câncer de mama.

A minha participação no referido estudo será no sentido de ajudar a verificar se a humanização no atendimento pelos profissionais de saúde e se o fato de desenvolver uma espiritualidade ajuda no enfrentamento da dor física e moral.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: Colaborar para que os atendimentos dos profissionais de saúde sejam de forma humanizada, compreender os fatores que influenciam na percepção da dor e na minha qualidade de vida.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, o paciente pode mesmo após ter concordado não querer responder as perguntas se sentir constrangido de alguma forma.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por métodos alternativos, que são: não se aplica ao estudo. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Eliana Rezende Adami, Waldir Souza e Cícero Andrade Urban da PUC-PR (Pontifícia Universidade Católica do PR) com eles poderei manter contato pelos telefones 41 9861 0199 ou 3154 1406. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma seguinte: não se aplica ao estudo. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Curitiba, de de 2014.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Eliana Rezende Adami

Waldir Souza (orientador)

Cícero Urban Andrade (coorientador)

ANEXO 4

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA: SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5