

**ABORDAGEM DA DOR TOTAL EM MULHERES COM CÂNCER
DE MAMA ATENDIDAS EM UM COMPLEXO HOSPITALAR DE
REFERÊNCIA EM PERNAMBUCO**

**TOTAL PAIN ASSESSMENT IN WOMEN WITH BREAST CANCER
ATTENDING A REFERRAL HOSPITAL COMPLEX IN
PERNAMBUCO, BRAZIL**

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

¹Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Avenida Mal. Mascarenhas de Morais, 4861, Imbiribeira, Recife-PE. CEP: 51200-060.

Reconhecimento de apoio no estudo: Fundo de Apoio à Pesquisa e Ensino do IMIP (FAPE-IMIP), através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)

Autora correspondente: Maria Clara Aguiar de Oliveira
Telefone Pessoal: (81) 99879-4826
E-mail: claraguiar@yahoo.com

Os autores negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Objetivo: avaliar a dor física, emocional, social e espiritual de mulheres com câncer de mama atendidas em um complexo hospitalar de referência em Pernambuco. **Métodos:** estudo observacional, descritivo, tipo corte transversal, com metodologia quantitativa. A população foi composta por mulheres com diagnóstico de câncer de mama e tratamento iniciado no referido hospital. A amostra foi de 43 mulheres e obtida por conveniência. A coleta de dados ocorreu por meio da EVN, do MPQ, da ESAS-r, do Br-MPQ e da SWBS e de questionários personalizados. O programa utilizado para a análise estatística foi o *software* R versão 4.0.0. Foram feitas análises descritivas simples das variáveis do estudo, apresentadas em distribuição de frequência. **Resultados:** a média da intensidade dolorosa foi classificada como moderada. As expressões mais utilizadas das categorias sensorial, afetiva, avaliativa e miscelânea para descrever a dor foram: pontada, cansativa, incomoda e aborrecida. Os sintomas mais relatados foram: ansiedade, dor, cansaço, sonolência e tristeza/depressão. Sobre as atividades cotidianas, houve um maior prejuízo nas atividades domiciliares, no lazer, no sono, no trabalho e na locomoção. Os escores espirituais/existenciais/religiosos foram, em sua maioria, positivos. **Conclusões:** a prevalência de queixas físicas, emocionais, sociais e espirituais foi significativa e de acordo com literatura científica. Além disso, o sofrimento, em sua totalidade, não foi abordado adequadamente.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher; Espiritualidade; Cuidados Paliativos; Relações Médico-Paciente

ABSTRACT

Objective: to assess the physical, emotional, social and spiritual pain of women with breast cancer attending a reference hospital complex in Pernambuco. **Methods:** an observational, descriptive, cross-sectional study with quantitative methodology. Our population was composed of women with a diagnosis of breast cancer and treatment initiated at the referral hospital. The sample consisted of 43 women and was obtained by convenience. Data collection took place using EVN, MPQ, ESAS-r, Br-MPQ, SWBS and personalized questionnaires. The software used for statistical analysis was the R version 4.0.0. Simple descriptive analyzes of the study variables were performed, presented in frequency distribution. **Results:** the average pain intensity was classified as moderate. The most used expressions of the sensory, affective, evaluative and miscellaneous categories to describe the pain were: jumping, tiring, troublesome and nagging. The most reported symptoms were: anxiety, pain, tiredness, drowsiness and sadness/depression. Regarding daily activities, there was a greater loss in home activities, leisure, sleep, work and locomotion. The spiritual/existential/religious scores were mostly positive. **Conclusions:** the prevalence of physical, emotional, social and spiritual complaints was significant and according to scientific literature. In addition, suffering, in its entirety, has not been adequately evaluated.

Key words: Breast Neoplasms; Women's Health; Spirituality; Palliative care; Physician-Patient Relations

INTRODUÇÃO

O câncer de mama assume um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem a população feminina, representando, no mundo, o tipo de câncer mais comum entre as mulheres e a causa mais frequente de mortes por câncer entre esse público¹. No Brasil, excetuando-se os tumores de pele não melanoma, a neoplasia da mama também é a mais incidente em mulheres de todas as regiões. São estimados para o país, pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), 66.280 casos novos de tumores malignos de mama para cada ano do triênio 2020-2022, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres. No Estado de Pernambuco, são estimados 2.390 casos em 2020². Segundo os dados da *American Cancer Society*, os quais também se aplicam à realidade brasileira, aproximadamente 1 em cada 8 mulheres que viverem até os 75 anos terão o diagnóstico da doença³.

Entre os múltiplos fatores que estão relacionados ao aumento de risco de desenvolver o câncer de mama estão: sexo feminino, avançar da idade, sobrepeso e obesidade após a menopausa, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, sedentarismo, maior consumo de gorduras³, menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade (não ter tido filhos), uso prolongado (superior a 5 anos) de contraceptivos orais e de terapia de reposição hormonal pós-menopausa, exposição prévia à radiação ionizante e mutações genéticas do tipo BRCA-1/BRCA-2⁴.

A dor é uma das queixas relatadas pelas mulheres acometidas por este tipo de câncer, sendo definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos⁵. Qualquer dor de intensidade moderada ou intensa é capaz de interferir na qualidade de vida, no bem-estar e nas atividades do dia a dia da paciente – especialmente quando crônica, ou seja, com duração superior a 3

meses. A dor é sempre subjetiva, visto que a percepção deste sintoma não depende apenas do estímulo propriamente dito, mas, também, de expectativas e crenças prévias, memórias de experiências dolorosas e estado cognitivo e emocional do indivíduo⁵. A dor pode representar uma importante causa de incapacidade para a portadora da neoplasia mamária; ainda que a dor localizada na mama (mastalgia), não seja comum, representando 0,8 a 2% dos casos⁶ da doença, quando ocorrem metástases, o sítio mais comum é o osso³, causando, geralmente, dor nas vértebras, nos ossos pélvicos e nas costelas⁷.

Uma das maiores dificuldades do manejo da dor é a sua avaliação, visto que os métodos para tal são essencialmente baseados no autorrelato do paciente, no conhecimento do caso clínico e, também, nas técnicas para a aferição de suas características e da sua repercussão nas atividades cotidianas⁸.

Nos pacientes oncológicos, é frequente a existência da dor mal controlada, a qual pode levar a diversas complicações, como depressão, falta de apetite e insônia. Tendo em vista que o impacto que a dor provoca em cada paciente é único⁹, Cicely Saunders introduziu, no início dos anos 60, o conceito de Dor Total, aplicando à dor uma visão multidimensional, sendo, também, composta pelas dimensões emocionais, sociais e espirituais¹⁰. A dor física é a experiência sensorial desagradável⁵, sendo a causa mais óbvia de sofrimento¹⁰. A dor emocional ou psicológica se refere ao medo do sofrimento e da morte, aos sentimentos de tristeza, raiva, revolta, insegurança, desespero, depressão⁸, os quais levam à mudança do humor e à desesperança¹⁰. A dor social descreve o medo do isolamento e do abandono, da dependência, da inutilidade, da dificuldade de comunicação, das perdas econômicas e da perda do papel social exercido junto à família e aos colegas^{8,10}.

Antes de se falar em dor espiritual, cabe conhecer o significado de espiritualidade. Esta não deve ser confundida com religiosidade: a espiritualidade está ligada às questões de pessoais de razão, sentido e satisfação com a vida, enquanto a religiosidade se relaciona com o sagrado e uma doutrina, com as questões de fé e transcendência¹⁰. Entretanto, ambas estão imbricadas; a religião tem, na espiritualidade, a sua essência¹¹. Pessoas com uma espiritualidade forte enxergam, na vida e em seus acontecimentos, um propósito. Consequentemente, têm uma melhor qualidade de vida¹². A dor espiritual se reflete, portanto, na perda do sentido e significado da vida, da esperança; é a “dor da alma”¹⁰.

A definição de Dor Total por Saunders abriu caminho para os Cuidados Paliativos (CP)¹³. Estes, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consistem em uma abordagem que tem como objetivo a promoção da qualidade de vida, tanto aos pacientes com doenças ameaçadoras da vida e/ou potencialmente fatais, quanto aos seus familiares¹³. O objetivo dos CP para o câncer de mama é aliviar ou evitar sintomas como dor, fadiga, ansiedade ou depressão, ao invés de controlar a doença.

Tendo em vista que a neoplasia mamária não produz somente sintomas físicos na mulher, mas, também, importantes danos psicológicos, sociais e espirituais, uma vez que afeta sua rotina pautada em múltiplas tarefas e a imagem de feminilidade que ela tem de si própria¹⁴, além de fazê-la questionar suas crenças e o sentido da vida, os objetivos deste estudo foram avaliar, separadamente, através de escalas e questionários validados e personalizados, a dor física, emocional, social e espiritual de mulheres com o diagnóstico de câncer de mama atendidas em um complexo hospitalar de referência na área de Oncologia em Pernambuco e identificar quais vertentes da dor foram abordadas pelos médicos e outros profissionais de saúde durante o tratamento da neoplasia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo do tipo transversal, com metodologia quantitativa. Durante os meses de novembro de 2019 a janeiro de 2020, foram avaliadas 43 mulheres por meio de entrevista estruturada durante a espera pelo atendimento na sala de recepção do Ambulatório de Mastologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), localizado na cidade de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil.

A amostra foi obtida por conveniência; as pacientes foram selecionadas a partir do consentimento prévio, quando abordadas por escolha aleatória. Foram consideradas elegíveis todas as mulheres, a partir dos 18 anos, com o diagnóstico de câncer de mama, com tratamento quimioterápico, radioterápico e/ou paliativo iniciado em algum dos setores do IMIP, que tivessem sido submetidas a algum procedimento cirúrgico, a exemplo da mastectomia ou da cirurgia conservadora da mama e que estivessem em consultas de acompanhamento ou em tratamento de complicações pós-cirúrgicas ou de recidivas locais. Foram excluídas as mulheres com lesão suspeita aos exames de imagem, mas, ainda, sem o diagnóstico histopatológico de câncer de mama, com o diagnóstico de lesões e tumores benignos da mama e/ou com função cognitiva prejudicada.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, com duração aproximada de 1 hora, cada. Foram utilizados como suporte questionários validados – como a Escala Visual Numérica (EVN) e o Questionário de Dor de McGill (MPQ), para avaliar a dor física; este último e a versão revisada da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r) para a dor emocional; uma parte da versão brasileira do questionário de McGill (Br-MPQ) para a dor social e a Escala de Bem-Estar Espiritual (SWBS) para a dor espiritual – e personalizados, referentes às variáveis sociodemográficas, aos antecedentes

ginecológicos e obstétricos e à abordagem de cada aspecto da dor pelos médicos e pelos demais profissionais de saúde.

A EVN mensura a intensidade da dor física em valores contidos em uma escala de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima)¹⁵. Trata-se de um instrumento preciso e de fácil utilização. As respostas obtidas foram classificadas como leves (1 a 3), moderados (de 4 a 6) e intensos (de 7 a 10).

O MPQ é a ferramenta de avaliação multidimensional mais utilizada para a avaliação da dor. Possui 78 descritores referentes à sintomatologia sensorial e às dimensões afetiva e avaliativa da dor¹⁵. O questionário é dividido em 20 categorias. Deve-se escolher, dentro de cada, no máximo, 1 palavra/expressão. Cada palavra possui um número que representa o seu nível de intensidade. As categorias de 1 a 10 correspondem ao grupo sensitivo, as de 11 a 15 ao grupo afetivo, a 16 ao avaliativo e as de 17 a 20 à miscelânea. O máximo de expressões selecionadas é 20¹⁵.

A ESAS-r avalia a intensidade de 10 sintomas, sendo 9 predefinidos e 1 sintoma subjetivo, que a paciente julgar relevante. Para cada sintoma deve ser atribuída uma nota de 0 a 10, sendo 0 a sua ausência e 10 a sua maior intensidade¹⁵. Os sintomas foram agrupados em leves (1 a 3), moderados (4 a 6) e intensos (7 a 10).

A parte do Br-MPQ aplicada pelo estudo tem como objetivo verificar o quanto a dor influencia no cotidiano das pacientes. Estas devem preencher, no lado esquerdo deste questionário, com números de 1 a 5 todas as lacunas referentes às categorias prejuízo social, atividades da vida diária e percepção do outro. No lado direito, devem ser assinaladas apenas a alternativa com a qual elas mais se identificam, nas questões sobre tolerância à dor, sensação de estar doente, sensação de utilidade e satisfação com a vida.

A SWBS é constituída de 20 itens, respondidos em uma escala *Likert* de seis pontos, que varia de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. A escala subdivide-

se em duas subescalas, com 10 itens para avaliação do bem-estar religioso (RWB) e 10 itens para mensuração do bem-estar existencial (EWB). Os escores das duas subescalas são somados para obtenção da medida geral de bem-estar espiritual (SWB). Os escores da escala total e das subescalas podem ser classificados como altos (100-120 na SWBS/50-60 nas subescalas), moderados (41-99/21-49) ou baixos (20-40/10-20)¹⁶. Foram considerados positivos os escores altos e negativos os moderados e baixos.

Depois de cada escala/questionário respondido, foi perguntado às pacientes se determinadas vertentes da dor já foram avaliadas pelos médicos ou por outros profissionais de saúde durante o tratamento da neoplasia, através desses mesmos instrumentos ou de outra forma, e se elas gostariam que essas dimensões fossem consideradas pelos médicos.

Visando caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com câncer de mama e identificar se houve a presença de algum fator de risco para a manifestação da doença, foram aplicados o Questionário Sociodemográfico e o Questionário de Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos.

Os dados coletados foram armazenados e organizados em uma planilha construída no programa Excel 2016 para Windows. Para a análise estatística, as variáveis categóricas foram calculadas em frequências absolutas (contagens) e relativas (porcentagens). Os dados provenientes dos questionários e escalas foram submetidos à análise estatística descritiva (frequência e porcentagem) com o auxílio do *software* R versão 4.0.0.

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sendo aprovado em outubro/2019, sob parecer de nº 3.668.089 e CAAE de nº 17932019.4.0000.5201. Os pesquisadores seguiram as diretrizes e normas regulamentadoras preconizadas na Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. As pacientes elegíveis leram, assinaram e receberam uma via do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE), o qual dispõe dos objetivos do estudo, dos possíveis riscos (tédio, constrangimento, alguma mobilização emocional) e benefícios (esclarecimento sobre a Dor Total e reflexão sobre a sua abordagem pelos profissionais de saúde) a serem obtidos com a participação.

RESULTADOS

Em relação ao perfil sociodemográfico das participantes, foram incluídas no estudo 43 mulheres, com idades entre 36 e 72. A média de idade foi de $54,53 \pm 8,62$ anos, estando em consonância com a idade média em que as mulheres são diagnosticadas com câncer de mama. 51,16% relataram cor da pele/raça parda, 37,21% eram naturais de Recife (havendo distribuição igualitária em relação ao interior de Pernambuco), 44,19% residiam em Recife, 41,86% eram casadas, 86,05% possuíam filhos – em média, $2,46 \pm 2,14$. A idade da primeira gestação foi, em média, aos $21,27 \pm 5,08$ anos. 86,05% moravam com a família, 44,19% possuíam grau de escolaridade fundamental incompleto, 44,19% possuíam renda familiar de 1 salário mínimo. As profissões/ocupações mais frequentes foram: do lar (41,86%) e profissional liberal (16,28%); 37,21% referiram estar afastadas do emprego devido à doença. 65,12% relataram ser as principais ou únicas responsáveis pelas tarefas domésticas.

Foi observado que 93,02% das participantes possuíam algum dos fatores de risco comportamentais, hormonais e reprodutivos para o câncer de mama, apontados na literatura; 41,86% eram obesas ou mantinham dieta rica em gordura animal, 55,81% eram sedentárias, 27,91% relataram consumir álcool socialmente, 6,98% referiram etilismo, 30,23% referiram hábito de tabagismo atual ou prévio, 23,26% fizeram uso prolongado de anticoncepcional oral combinado (estrógeno e progesterona), 13,95% eram nulíparas. Dentre as que engravidaram, somente 5,41% tiveram a primeira gestação após os 30 anos. A menarca ocorreu, em média, aos $12,74 \pm 1,89$, sendo a menarca precoce observada em

27,91% dos casos. 93,02% das participantes entraram em menopausa, sendo a média da idade em que esse processo ocorreu aos $45,35 \pm 7,66$ anos; dentre essas, apenas 7,5% apresentaram menopausa tardia. A terapia de reposição hormonal foi utilizada por 11,63% das pacientes.

Sobre religião, 97,67% das participantes alegaram ter alguma, sendo a protestante/evangélica a mais referida (48,84%, n=21), seguida pela católica (44,19%, n=19) e pela espírita (4,65%, n=2).

Dor física foi relatada por 79,07% das mulheres pela EVN, sendo o número 8 o mais escolhido (20,93%) para representar o sintoma. Observou-se que 13,95% apresentaram dor leve, sendo a mesma frequência obtida para a dor moderada. A dor intensa foi relatada por 51,16% das participantes (Tabela 1). A média da intensidade dolorosa foi $5,28 \pm 3,54$, considerada, portanto, moderada.

Um percentual de 16,28% das pacientes afirmou que a EVN já havia sido utilizada para abordar a dor física pelos médicos responsáveis durante o processo de tratamento do câncer de mama; 6,98% disseram que a EVN havia sido utilizada por outros profissionais de saúde, sendo terapeuta e psicóloga as profissões registradas. 46,51% relataram que a dor física já foi abordada pelos médicos de outra forma e 16,28% por médicos e outros profissionais.

O MPQ somente foi aplicado nas participantes que relataram, através da EVN, sentir dor física (79,07%). As frequências dos 20 subgrupos foram calculadas separadamente, tendo em vista que a quantidade total de participantes que responderam a cada subgrupo sofreu variações, ou seja, não foram todas as pacientes nas quais este questionário foi aplicado (79,07%, n=34) que escolheram algum descritor de todos os subgrupos.

Após a aplicação do MPQ, foi verificado que, dos 78 descritores disponíveis, 71 foram apontados, sendo 39 referentes à qualidade sensorial da dor, 12 à qualidade afetiva, 5 à qualidade avaliativa e 10 à miscelânea (Tabela 2). Ao analisar as características sensoriais do sintoma doloroso, observou-se que o descritor “pontada” foi o mais presente (88,89%), seguido por “latejante” (72,41%) e “fina” (67,74%). Em relação às características afetivas da dor, “cansativa” (78,57%), “enjoada” (57,14%), “castigante” (47,62%) e “sufocante” (42,86%) foram referidos mais vezes entre as participantes. O descritor “incomoda” foi o mais citado (34,38%) para qualificar a dor em relação ao padrão avaliativo, seguido por “chata” e “desgastante”, com frequências iguais (25%). A respeito dos descritores do grupo miscelânea, as participantes alegaram dor “aborrecida” (59,26%), que “espalha” (51,85%) e que “aperta” (33,33%).

As médias das quantidades de descritores sensoriais, afetivos, avaliativos e miscelânea assinalados pelas participantes foram, respectivamente: $8,53 \pm 2,07$; $2,97 \pm 1,48$; $0,94 \pm 0,23$ e $2,70 \pm 1,29$. A média total de descritores referidos foi $15,14 \pm 4,19$.

Um percentual de 8,82% das pacientes afirmou que o MPQ já havia sido utilizado pelos médicos e 5,88% por outros profissionais de saúde. Também 8,82% relataram que as características psicológicas de sua dor foram abordadas pelos médicos de outra forma e 5,88% por outros profissionais. 94,12% consideraram importante o conhecimento desses dados para o tratamento do câncer de mama.

Entre as 43 pacientes, a prevalência de sintomas moderados a intensos/graves (escores de 4 a 10), verificada por meio da ESAS-r, foi: ansiedade (48,85%), sonolência (46,51%), cansaço (44,2%), dor (39,55%), tristeza/depressão (32,56%), falta de apetite (30,23%), mal-estar (16,28%), náusea (11,63%) e falta de ar (4,66%), conforme representado na Tabela 3. Além disso, 30,23% das participantes relataram outro problema, sendo constipação o mais frequente nesse grupo (46,15%).

A presença de dor na ESAS-r foi significativa (51,16%), mas inferior aos valores obtidos na EVN (79,07%). Isso pode ser explicado porque esta última avaliou o grau em que, geralmente, se percebia a dor; já a ESAS-r abordou os sintomas presentes no momento em que as mulheres participaram da pesquisa. Ou seja, em 55,81% das mulheres, a intensidade da dor sentida no momento da aplicação dos questionários foi inferior à intensidade que, normalmente, era percebida, podendo até ser ausente. Já 4,65% das participantes relataram um valor maior na ESAS-r.

Sobre o uso do ESAS-r em avaliações, 6,98% das participantes afirmaram que já foram avaliadas com o instrumento por médicos e 2,33% por outros profissionais de saúde. Um percentual de 41,86% relatou que esses sintomas foram abordados pelos médicos de outra forma e 2,33% por outros profissionais. A maioria (95,35%) considerou importante o conhecimento desses dados para o tratamento do câncer de mama.

Os achados referentes à percepção sobre o impacto da dor nos aspectos sociais de suas vidas, obtidos por meio do Br-MPQ, estão apresentados na Tabela 4. Os resultados mostram que 55,81% das pacientes referem algum grau de prejuízo no trabalho, culminando na perda de dias produtivos em 32,56% delas e, até, na perda do emprego de 18,61% e na aposentadoria precoce de 9,30%. 67,44% referiram que a dor afetou as atividades de lazer, 74,91% as atividades domiciliares, 30,23% o relacionamento familiar e 27,91% o relacionamento com amigos.

Em relação ao impacto da dor nas atividades da vida diária das pacientes estudadas, os subitens sono (67,44%) e suas subdivisões insônia inicial (51,16%), insônia terminal (44,19%) também obtiveram um percentual importante, sendo o sono classificado como não reparador por 58,14%. A higiene pessoal foi prejudicada pela dor em 44,18% das participantes, a locomoção em 48,83% e o ato de vestir-se em 44,18% das pacientes, enquanto o apetite/alimentação foi o menos afetado (32,56%).

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

Um percentual de 9,30% das pacientes afirmou que o Br-MPQ já havia sido utilizado pelos médicos e 2,33% por outros profissionais de saúde. 13,95% relataram que a influência da dor no cotidiano foi abordada pelos médicos de outra forma e 4,65% por outros profissionais. 97,67% gostariam que o impacto da dor/doença em suas vidas fosse considerado pelos médicos.

Quanto ao desempenho na SWBS, representado na Tabela 5, observou-se que 90,70% das participantes apresentaram escores positivos no quesito bem-estar espiritual (SWB). Na subescala de bem-estar existencial (EWB), 74,42% obtiveram escores positivos e, em relação à subescala de bem-estar religioso (RWB), 97,67% obtiveram escores positivos.

Sobre o uso da SWBS, 4,65% das pacientes afirmaram que esta já havia sido utilizada pelos médicos e 11,63% por outros profissionais de saúde, sendo enfermeira a profissão mencionada por uma participante. 18,60% relataram que a sua espiritualidade/religiosidade foi abordada pelos médicos de outra forma e 9,30% por outros profissionais. 86,05% gostariam que os seus valores espirituais fossem considerados pelos médicos.

DISCUSSÃO

Conforme demonstrado nos resultados desta pesquisa, a grande maioria das participantes possuía algum fator de risco comportamental, hormonal e/ou reprodutivo para o câncer de mama. As frequências desses fatores na população estudada corroboram com os achados de outras pesquisas¹⁷.

A religião protestante/evangélica foi a mais declarada (48,84%) pelas pacientes, informação essa que se contrapõe às de outros estudos sobre religiosidade e espiritualidade de mulheres com câncer de mama, em que a religião católica é a mais prevalente¹⁸.

A dor moderada e intensa foi relatada, na EVN, por 65,11% das participantes, sendo a dor intensa a mais frequente (51,16%). Além disso, a média da intensidade dolorosa foi classificada como moderada. Entretanto, em um estudo aplicado em mulheres pós-mastectomia, a média da dor avaliada pela EVN foi considerada leve¹⁹.

As expressões mais utilizadas das categorias sensorial, afetiva, avaliativa e miscelânea do MPQ para descrever o sintoma doloroso foram, respectivamente, “pontada” (88,89%), “cansativa” (78,57%), “incomoda” (34,38%) e “aborrecida” (59,26%). Os descritores mais prevalentes dos grupos sensorial e afetivo foram ao encontro dos dados obtidos em outros estudos com pacientes oncológicos, sendo constatada uma maior variação nos grupos avaliativo e miscelânea²⁰.

Foi observado que a ansiedade foi o problema mais relatado (58,14%) na ESAS-r, seguida por dor (51,16%). Todavia, em um estudo realizado com pacientes oncológicos, a dor foi o principal sintoma, seguida pelo mal-estar²¹. Os demais sintomas estão em conformidade com a literatura, sendo os mais destacados cansaço, sonolência e tristeza/depressão, com frequências iguais (46,51%), e náusea (23,26%) e dispneia (6,99%) os menos comuns. Conforme verificado em outras pesquisas, constipação foi o

sintoma subjetivo mais escolhido. Trata-se de um sintoma prevalente em 80%-95% dos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos, devido ao uso de opioides. Ela pode tornar-se tão intensa que os pacientes acabam tendo que escolher entre o alívio da dor e o da constipação²¹.

Foi constatado, no Br-MPQ, que houve um maior prejuízo nas atividades domiciliares (74,91%), no lazer (67,44%), no sono (67,44%), no trabalho (55,81%) e na locomoção (48,83%). Vale ressaltar que este estudo verificou, também, que a profissão/ocupação mais frequente foi a do lar (41,86%) e que mais da metade (65,12%) das pacientes relataram ser as principais ou únicas responsáveis pelas tarefas domésticas, o que reflete um pensamento ainda persistente em diversas sociedades de que é obrigação da mulher cuidar de todas as funções referentes à casa, ainda que exerça uma profissão fora desse âmbito²².

Foi observado, também, que a dor/doença afetou o relacionamento das pacientes com os familiares (30,23%) e com os amigos (27,91%). Na literatura, observa-se que o câncer de mama influenciou na sexualidade e no relacionamento com o cônjuge, mas que o relacionamento com a família e com os amigos foi fortalecido²³. Os autores desta pesquisa acreditam que essa discrepância se dá pelo fato de o Br-MPQ não separar a relação com o cônjuge da relação com os demais familiares; sendo assim, o relacionamento familiar, como um todo, apresentou-se abalado na pesquisa atual.

Um dado interessante observado neste estudo é que, mesmo uma quantidade significativa das participantes reconhecendo as dificuldades impostas no seu estilo de vida pelo câncer de mama, 65,12% não se sentem doentes e 72,09% consideram a sua vida completamente satisfatória. Pesquisas defendem que a qualidade de vida é diretamente proporcional à satisfação com a saúde, à aceitação corporal, às relações afetivas e à sensação de propósito/significado na própria existência²⁴.

Corroborando com os dados da literatura, percebeu-se que é na área psicossocial que o câncer de mama produz um grande impacto na vida da mulher, uma vez que a lesão que se apresenta no órgão mais representativo da feminilidade, sexualidade, sensualidade, beleza e, também, da maternidade¹⁴, somada à perda dos cabelos, como consequência das sessões quimioterápicas, costumam afetar a noção de identidade que a mulher tem de si própria.

A alteração na imagem corporal tem significativas implicações na vida sexual e conjugal da mulher, além de afetar as relações com seu círculo social e consigo mesma, influenciando sua autoestima e seu sentimento de feminilidade e podendo levar a sintomas de ansiedade e depressão¹⁴. As mulheres que vivenciam o câncer de mama tendem a sentir-se socialmente estigmatizadas, discriminadas, além de terem que redefinir sua rotina pautada em múltiplas funções (profissional, esposa, mãe, avó, entre outros), seu futuro e seus projetos de vida²⁵.

A respeito da mensuração da espiritualidade, este estudo utilizou a Escala de Bem-Estar Espiritual (SWBS). Este instrumento opta por conectar a religiosidade à figura de Deus, a fim de ser facilmente compreensível, visto que a maioria dos pacientes possui alguma religião que tem como Deus a representação do sagrado, do transcendente. Para que a SWBS pudesse se adequar a todas as religiões ou a outras formas de expressão da espiritualidade, foi orientado às participantes que, caso aplicável, considerassem, quando mencionado “Deus” nas afirmações, os termos “divindade/algo ou alguém superior”.

Percebeu-se que o bem-estar espiritual (SWB) da maioria das participantes (90,70%) obteve escores de 100 a 120, sendo classificados, portanto, como altos/positivos. Os escores das subescalas bem-estar existencial (EWB) e bem-estar religioso (RWB) foram, em sua maioria, elevados, sendo considerados positivos em 74,42% e 97,67% das participantes, respectivamente. Na subescala EWB, porém, foram

verificados mais escores negativos (25,58%) do que na subescala RWB (2,33%), o que corrobora com achados de outras pesquisas¹⁶.

Logo, este estudo evidenciou, em concordância com a literatura, que a maioria das mulheres que participaram da pesquisa tem uma religiosidade desenvolvida – a qual costuma influenciar na sua espiritualidade. Quase todas as participantes (97,67%) possuem alguma religião, sendo a protestante/evangélica e a católica as mais frequentes. Além disso, as pacientes entrevistadas afirmaram ter uma relação próxima a Deus e uma boa perspectiva do seu futuro; elas veem um sentido em suas vidas, considerando-a positiva, o que, segundo demonstrado frequentemente pelas pesquisas, ajuda no enfrentamento do câncer de mama e das limitações físicas, sociais e psicológicas que acompanham a doença^{12,18}.

O enfrentamento religioso (*coping* religioso) – seja por meio da fé, seja por meio de práticas como orações e/ou frequência habitual à igreja – é algo perseverante na humanidade, especialmente na cultura brasileira, além de ser um fator importante na busca e na manutenção da saúde existencial^{18,26}, pois desencadeia pensamentos mais otimistas. Comumente, as pessoas se sentem mais amparadas quando dispõem de aporte religioso, buscando respostas em algo divino/superior, que, geralmente, é a figura de Deus. Dessa forma, a espiritualidade e a religiosidade se interligam, podendo até ser confundidas.

A espiritualidade e a religiosidade estão fortemente relacionadas à qualidade de vida, visto que esses conceitos contemplam o bem-estar subjetivo e, assim, os sentimentos de felicidade e esperança²⁷. Diante disso, é cada vez mais necessário conhecer as demandas de cuidados espirituais das portadoras da neoplasia mamária. Faz-se, assim, importante que a equipe de saúde elabore uma anamnese espiritual dessas pacientes. Com os dados coletados durante o atendimento, o profissional pode buscar suporte às crenças

das pacientes, proporcionando um ambiente acolhedor em relação àquilo que seja importante para elas¹².

Percebeu-se que a dor física foi a mais abordada pelos médicos e pelos outros profissionais de saúde durante o atendimento no hospital de referência. Parte considerável das mulheres entrevistadas não teve os demais componentes da dor investigados, seja pelos instrumentos utilizados pelo presente estudo, seja de outro modo. Além disso, a grande maioria das pacientes referiu que deseja que estas dimensões também sejam consideradas no processo de tratamento do câncer de mama.

Diante do exposto, pode-se aventar que a dor do câncer de mama é total, pois ela ultrapassa o limite da percepção física da doença²⁸, afetando negativamente a qualidade de vida de suas portadoras. Tratando-se de uma doença crônica, progressiva e ameaçadora da vida, o câncer produz danos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Quando a neoplasia acomete a mama da mulher, a dor assume uma dimensão ainda maior, sendo uma evidente causa de incapacidade, visto que o câncer de mama influencia não somente a sua integridade física, mas, também, a sua rotina, pautada em múltiplas tarefas, a sua autoimagem, seus relacionamentos afetivos¹⁴ e, ainda, pode fazê-la questionar a sua fé e o sentido da sua existência.

O cuidado oncológico deve promover uma vida mais longa e com melhor qualidade, sendo esta última a mais importante. Os Cuidados Paliativos se originaram do conceito de Dor Total e têm os seus princípios ancorados no cuidar humanizado, holístico e global do paciente, integrando aspectos psicossociais e familiares, para, dessa forma, minimizar o sofrimento, tanto da paciente quanto da família, associado a doenças como o câncer de mama¹³.

Conclui-se, neste estudo, que a prevalência de queixas físicas, emocionais, sociais e espirituais foi significativa e de acordo com literatura científica. Constatou-se, ainda,

que o sofrimento, em sua totalidade, não foi abordado de forma satisfatória pelos médicos e pelos outros profissionais de saúde.

Para que seja possível abordar a Dor Total da mulher com câncer de mama, deve haver uma maior empatia na relação médico-paciente, ou seja, o médico deve perceber e entender o sentimento da enferma, de acordo com a perspectiva desta²⁹. Além dos aspectos físicos da dor, devem estar inclusos na avaliação os fatores que possam propiciar o seu agravamento e, assim, afetar a qualidade de vida da paciente, tais como: estado emocional, profissão, relações afetivas, satisfação com a vida e crenças e valores frente à dor^{8,10}.

Caso todos os componentes do adoecer não sejam investigados, não haverá o alívio, visto que não serão oferecidas alternativas suficientes para que a paciente possa lidar com a enfermidade e as limitações no seu estilo de vida impostas por ela. A terapêutica indicada para o câncer de mama e os seus sintomas, seja cirúrgica, seja medicamentosa, não surtirá o efeito ideal, tendo em vista que o foco da dor não será identificado^{9,13}.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de os dados terem sido coletados em ambiente de sala de espera não isolado, assim como o tempo para a resposta dos questionários ter sido longo, o que pode ter afetado a resposta devido ao cansaço ou à dificuldade de concentração. Além disso, não houve acesso a informações documentadas a respeito do estágio clínico da doença; se houve recidivas locais, metástases ou complicações pós-cirúrgicas, dificultando, desta forma, a validação das informações coletadas com as pacientes.

Os autores acreditam que o presente estudo possa contribuir para a comunidade científica e para a sociedade, em virtude da não existência de estudos suficientes direcionados à abordagem da Dor Total em mulheres com câncer de mama, trazendo,

assim, resultados inéditos e relevantes para o aprimoramento do cuidado dessas pacientes. Esta pesquisa pode ajudar os profissionais de saúde – em particular, os médicos – cujas especialidades costumam lidar com a terminalidade da vida a reavaliar a maneira atual de abordagem da dor da mulher com câncer de mama e a buscar, em atendimentos futuros, o estabelecimento de uma adequada relação profissional-paciente, criando um vínculo mais empático que permitirá uma visão global das pacientes como seres biopsicossociais e, conseqüentemente, um processo de tratamento mais satisfatório.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Conceito e Magnitude do Câncer de Mama [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 [citado 2020 Jul 28]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
3. Chabner BA, Longo DL. Manual de Oncologia de Harrison. 2 ed. Porto Alegre: AMGH; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Mama – versão para Profissionais de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 [citado 2020 Jul 28]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>
5. Azevedo MP, Mattos SLL, Nunes RR. Anestesiologia, Dor e Medicina Paliativa: Um Enfoque para a Graduação. 1 ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2018.

6. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Dor Mamária [Internet]. São Paulo; 2018 [citado 2020 Jul 29]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/394-dor-mamaria>
7. Korukian M, Jesus-Garcia R, Ishihara H, Ponte FM, Viola DCM. Tratamento das Metástases do Tumor de Mama na Coluna Vertebral. Rev Bras Ortop [Internet]. 2006 [citado 2020 Jul 29]. Disponível em: <https://www.rbo.org.br/detalhes/1063/pt-BR/tratamento-das-metastases-do-tumor-de-mama-na-coluna->
8. Carvalho MMMJ. A dor do adoecer e do morrer. Bol Acad Paul Psicol [Internet]. 2009 [citado 2020 Jul 30]; 29(2). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200009
9. Coradazzi AL. Você sabe o que é dor total? [Internet]. São Paulo; 2016 [citado 2020 Jul 30]. Disponível em: <http://centrodeoncologia.org.br/noticias-cancer/voce-sabe-o-que-e-dor-total/>
10. Hennemann-Krause L. Dor no fim da vida: Avaliar para tratar. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto [Internet]. 2012 [citado 2020 Jul 30]; 11(2). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8923>
11. Teixeira EFB, Müller MC, Silva JDT. Espiritualidade e Qualidade de Vida. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004.
12. Arrieira ICO, Thofehn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [citado 2020 Jul 30]; 52. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100401&script=sci_arttext

13. Oliveira JT, Orange FA, Bezerra MR, Sena GR, Gusmão TL. Pauta de Cuidados Paliativos para a Atenção Primária. 1 ed. Recife: IMIP; 2016.
14. Araujo VSC, Pereira RMO, Souza LO, Almeida MG, Almeida LS, Reis MHS, et al. A perspectiva da autoimagem e sexualidade de mulheres mastectomizadas: revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2020 [citado 2020 Jul 30]; 52. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3618/2256>
15. Nascimento JCC, Campos JS, Vieira VP, Barbosa MCR. Percepção da enfermagem sobre a avaliação da dor oncológica. Perspectivas Online: Biológicas & Saúde [Internet]. 2020 [citado 2020 Jul 31]; 10(32): 51-61. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/1937/1673
16. Hoffmann FS, Muller MC, Frasson AL. Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. Psicol saúde doenças [Internet]. 2006 [citado 2020 Jul 31]; 7(2): 239-254. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a07.pdf>
17. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [citado 2020 Ago 02]; 64(6): 1016-21. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267022538005.pdf>
18. Couto RCA. Câncer de mama, religiosidade e espiritualidade [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
19. Pivetta HMF, Casassola GM, Stallbaum JH. Perfil de mulheres pós mastectomia: análise preliminar. Cad Educ Saúde Fisioter [Internet]. 2019 [citado 2020 Ago 02]; 6(12). Disponível em:

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2729>

20. Mendes PM, Avelino FVSD, Santos AMR, Falcão LM, Dias SRS, Soares AHS. Aplicação da Escala de McGill para avaliação da dor em pacientes oncológicos. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 05]; 10(11): 4051-7. DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201629
21. Gross TB. Aplicação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para a melhora da assistência de pacientes em Cuidados Paliativos [trabalho de conclusão de curso]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2014.
22. Vaz CFM, Laimer RT. A inserção da mulher no mercado de trabalho e o surgimento da profissão secretária. SER [Internet]. 2011 [citado 2020 Ago 28]; 6. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/ser/article/view/1783>
23. Pereira GB, Gomes AMSM, Oliveira RR. Impacto do tratamento do câncer de mama na autoimagem e nos relacionamentos afetivos de mulheres mastectomizadas. LifeStyle Journal [Internet]. 2017 [citado 2020 Ago 28]; 4(1): 99-119. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/759/796>
24. Oliveira AR. Impacto emocional nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama [trabalho de conclusão de curso]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2018.
25. Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. Physis [Internet]. 2017 [citado 2020 Ago 31]; 27(03): 433-451. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n3/433-451/>

26. Costa ARS, Sabião RM, Ferreira GBP. Psicologia, Religião e Espiritualidade. *Psicologia E Saúde Em Debate* [Internet]. 2019 [citado 2020 Ago 31]; 10(1). Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V5S1A2/310>
27. Oliveira PF, Queluz FNFR. A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. *Rev Psicol IMED* [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 31]; 8(2): 142-155. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1314>
28. Waterkemper R, Reibnitz KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2020 Set 02]; 31(1). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11661>
29. Batista NA, Lessa SS. Aprendizagem da Empatia na Relação Médico-Paciente: um Olhar Qualitativo entre Estudantes do Internato de Escolas Médicas do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 [citado 2020 Set 02]; 43(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022019000500349&script=sci_arttext

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Intensidade da dor verificada por meio da EVN

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

Tabela 2 – Distribuição das frequências dos descritores da dor referidos pelas participantes do estudo, de acordo com seus respectivos grupos e subgrupos no MPQ

Qualidade sensorial da dor	N	%
Subgrupo 1		
Vibração	3	10.34
Tremor	2	6.90
Pulsante	1	3.45
Latejante	21	72.41
Como pancada	2	6.90
Total	29	100.00
Subgrupo 2		
Pontada	24	88.89
Choque	2	7.41
Tiro	1	3.70
Total	27	100.00
Subgrupo 3		
Agulhada	15	50.00
Perfurante	8	26.67
Facada	3	10.00
Punhalada	3	10.00
Em lança	1	3.33
Total	30	100.00
Subgrupo 4		
Fina	21	67.74
Cortante	6	19.35
Estraçalha	4	12.90
Total	31	100.00
Subgrupo 5		
Beliscão	12	42.86
Aperto	9	32.14
Cólica	3	10.71
Esmagamento	4	14.29
Total	28	100.00
Subgrupo 6		
Fisgada	11	37.93
Puxão	11	37.93
Torção	7	24.14
Total	29	100.00
Subgrupo 7		
Calor	10	40.00
Queimação	14	56.00
Em brasa	1	4.00
Total	25	100.00
Subgrupo 8		
Formigamento	13	46.43
Coceira	7	25.00
Ardor	6	21.43
Ferroada	2	7.14
Total	28	100.00
Subgrupo 9		
Mal localizada	6	18.18
Dolorida	10	30.30
Machucada	3	9.09
Doída	7	21.21
Pesada	7	21.21
Total	33	100.00
Subgrupo 10		
Sensível	15	50.00
Esticada	11	36.67
Esfolante	1	3.33
Rachando	3	10.00
Total	30	100.00
Qualidade afetiva da dor		
Subgrupo 11		
Cansativa	22	78.57

Exaustiva	6	21.43
Total	28	100.00
Subgrupo 12		
Enjoada	16	57.14
Sufocante	12	42.86
Total	28	100.00
Subgrupo 13		
Castigante	10	47.62
Atormenta	9	42.86
Cruel	2	9.52
Total	21	100.00
Subgrupo 14		
Amedrontadora	7	46.67
Apavorante	4	26.67
Aterrorizante	4	26.67
Total	15	100.00
Subgrupo 15		
Miserável	5	55.56
Enlouquecedora	4	44.44
Total	9	100.00
Qualidade avaliativa da dor	N	%
Subgrupo 16		
Chata	8	25.00
Que incomoda	11	34.38
Desgastante	8	25.00
Forte	3	9.38
Insuportável	2	6.25
Total	32	100.00
Descritores miscelânea da dor	N	%
Subgrupo 17		
Espalha	14	51.85
Irradia	6	22.22
Penetra	6	22.22
Atravessa	1	3.70
Total	27	100.00
Subgrupo 18		
Aperta	9	33.33
Adormece	6	22.22
Repuxa	7	25.93
Espreme	2	7.41
Rasga	3	11.11
Total	27	100.00
Subgrupo 19		
Fria	8	72.73
Gelada	3	27.27
Total	11	100.00
Subgrupo 20		
Aborrecida	16	59.26
Dá náuseas	5	18.52
Agonizante	1	3.70
Torturante	5	18.52
Total	27	100.00
Quantidade de descritores sensoriais escolhidos		
3	2	5.88
4	1	2.94
5	1	2.94
6	1	2.94
7	2	5.88
8	4	11.76
9	7	20.59
10	16	47.06
Total	34	100.00
Quantidade de descritores afetivos escolhidos		
1	8	23.53
2	6	17.65
3	6	17.65
4	7	20.59

5	7	20.59
Total	34	100.00
Quantidade de descritores avaliativos escolhidos		
0	2	5.88
1	32	94.12
Total	34	100.00
Quantidade de descritores miscelânea escolhidos		
0	4	11.76
1	2	5.88
2	4	11.76
3	14	41.18
4	10	29.41
Total	34	100.00
Quantidade total de descritores escolhidos		
5	1	2.94
7	1	2.94
9	2	5.88
10	2	5.88
11	3	8.82
13	2	5.88
14	2	5.88
15	2	5.88
16	1	2.94
17	5	14.71
18	4	11.76
19	5	14.71
20	4	11.76
Total	34	100.00

Tabela 3 – Distribuição das queixas de acordo com a intensidade no ESAS-r

Sintoma	Sem sintoma		Leve		Moderado		Intenso	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dor	21	48,84	5	11,63	7	16,29	10	23,26
Cansaço	23	53,49	1	2,33	7	16,29	12	27,91
Sonolência	23	53,49	-	-	10	23,26	10	23,26
Náusea	33	76,74	5	11,63	3	6,98	2	4,65
Falta de apetite	27	62,79	3	6,98	8	18,60	5	11,63
Falta de ar	40	93,02	1	2,33	1	2,33	1	2,33
Depressão	23	53,49	6	13,95	4	9,30	10	23,26
Ansiedade	18	41,86	4	9,30	7	16,29	14	32,56
Mal-estar	30	69,77	6	13,95	5	11,63	2	4,65

Tabela 4 – Distribuição de frequências das respostas para os subitens do Br-MPQ referentes à avaliação do impacto da dor e ao seu prejuízo social, nas atividades da vida diária e na percepção que as pacientes têm sobre as pessoas

Impacto da dor	Não		Um pouco		Mais ou menos		Muito		Totalmente/sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Prejuízo social: a dor afeta										
Trabalho	19	44.19	3	6.98	4	9.30	4	9.30	13	30.23
Perda de dias de trabalho	29	67.44	4	9.30	1	2.33	3	6.98	6	13.95
Licença saúde	31	72.09	2	4.65	1	2.33	-	-	9	20.93
Perda de emprego	35	81.40	-	-	-	-	1	2.33	7	16.28
Aposentadoria	39	90.70	-	-	-	-	-	-	4	9.30
Atividades escolares	42	97.67	-	-	-	-	-	-	1	2.33
Lazer	14	32.56	8	18.60	10	23.26	7	16.28	4	9.30
Atividades domiciliares	11	25.58	8	18.60	7	16.28	8	18.60	9	20.93
Relacionamento familiar	30	69.77	5	11.63	2	4.65	4	9.30	2	4.65
Relacionamento com os amigos	31	72.09	2	4.65	1	2.33	4	9.30	5	11.63
Atividades da vida diária: a dor afeta										
Sono	14	32.56	4	9.30	10	23.26	4	9.30	11	25.58
Insônia inicial	21	48.84	4	9.30	6	13.95	2	4.65	10	23.26
Insônia terminal	24	55.81	3	6.98	10	23.26	2	4.65	4	9.30
Sono não reparador	18	41.86	6	13.95	6	13.95	3	6.98	10	23.26
Apetite/Alimentação	29	67.44	3	6.98	6	13.95	3	6.98	2	4.65
Higiene pessoal	24	55.81	8	18.60	2	4.65	5	11.63	4	9.30
Vestir-se	24	55.81	7	16.28	7	16.28	2	4.65	3	6.98
Locomoção	22	51.16	4	9.30	4	9.30	5	11.63	8	18.60
Percepção do outro: as pessoas										
Ficam irritadas comigo	26	60.47	7	16.28	5	11.63	2	4.65	3	6.98
Expressam frustração	20	46.51	13	30.23	5	11.63	2	4.65	3	6.98
Sentem raiva de mim	35	81.40	2	4.65	1	2.33	3	6.98	2	4.65
Me ignoram	31	72.09	6	13.95	3	6.98	-	-	3	6.98

Tabela 5 – Distribuição das pacientes quanto à SWBS e suas subescalas

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