

Espiritualidade e dor em pacientes com câncer de mama metastático

Samantha Brandes¹, Ana Carolline Taborda Kemczenski¹, Ana Paula Niespodzinski¹, Anne Izabelly de Aguiar Cabral Martins Souza¹, Gabriela Barbier¹, Jean Carl Silva¹, Helbert do Nascimento Lima¹

1. Universidade da Região de Joinville, Joinville/SC, Brasil.

Resumo

Mediante estudo observacional, transversal e quantitativo que utilizou os instrumentos de avaliação Brief Pain Inventory (dor), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being (bem-estar espiritual) e Beck Depression Inventory – Short Form (depressão), busca-se avaliar a influência da espiritualidade e da depressão na percepção de dor de pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática. A idade média foi 57,3 anos e, das 30 participantes, 24 (80%) tratavam-se em serviço público; 17 (57%) tinham diagnóstico de câncer de mama há mais de cinco anos; e 27 (90%) realizavam alguma prática religiosa/espiritual. Pacientes com escore de bem-estar espiritual acima da mediana apresentaram menor escore dos sintomas depressivos (3 vs. 6; $p=0,021$). Não houve diferença significativa em relação à mediana do escore total do bem-estar espiritual quando estratificado pela mediana da percepção de dor (31,5% vs. 28,5%; $p=0,405$). Maior manifestação de bem-estar espiritual pode estar relacionada a menores índices de depressão.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Metástase neoplásica. Espiritualidade. Percepção da dor. Depressão. Cuidados paliativos na terminalidade da vida.

Resumen

Espiritualidad y dolor en pacientes con cáncer de mama metastático

Este estudio observacional, transversal y cuantitativo utilizó los instrumentos Brief Pain Inventory (dolor), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being (bienestar espiritual) y Beck Depression Inventory – Short Form (depresión), para evaluar si la espiritualidad y la depresión influyen en la percepción del dolor en pacientes con cáncer de mama metastático. La edad promedio fue de 57,3 años; de las 30 participantes, 24 (80%) recibían atención pública; 17 (57%) tenían diagnóstico de cáncer de mama hace más de cinco años; y 27 (90%) solían tener alguna práctica religiosa/espiritual. Aquellas con puntuación de bienestar espiritual superior a la mediana tuvieron una puntuación más baja de síntomas depresivos (3 vs. 6; $p=0,021$). No hubo diferencias significativas en la mediana de la puntuación total de bienestar espiritual cuando se estratificó por la percepción mediana del dolor (31,5% vs. 28,5%; $p=0,405$). Una mayor sensación de bienestar espiritual se relacionó a bajas tasas de depresión.

Palabras clave: Neoplasias de la mama. Metástasis de la neoplasia. Espiritualidad. Percepción del dolor. Depresión. Cuidados paliativos al final de la vida.

Abstract

Spirituality and pain in patients with metastatic breast cancer

This observational, cross-sectional and quantitative study, by means of the assessment instruments Brief Pain Inventory, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being and Beck Depression Inventory – Short Form, evaluated the influence of spirituality and depression in the pain perception of patients with metastatic breast cancer. Mean age was 57.3 years. Of the 30 participants, 24 (80%) were treated in a public service, 17 (57%) had been diagnosed with breast cancer for more than 5 years, and 27 (90%) were religious or spiritual. Patients with spiritual well-being scores above the median had lower depressive symptom scores (3 vs. 6; $p=0.021$). The median total score of spiritual well-being showed no significant difference when stratified by median pain perception (31.5% vs. 28.5%; $p=0.405$). Greater spiritual well-being may be related to lower rates of depression.

Keywords: Breast neoplasms. Neoplasm metastasis. Spirituality. Pain perception. Depression. Hospice care.

Declararam não haver conflito de interesse.

Aprovação CEP-HMSJ-CAAE 28598720.0.0000.5362

O câncer de mama é a neoplasia mais prevalente nas mulheres em todo o mundo¹. Apesar dos avanços na detecção precoce e na compreensão das bases moleculares da doença, 10% das pacientes com câncer de mama apresentam metástase à distância no momento do diagnóstico², tendo a dor como um fator marcante³. Embora muitos estudos avaliem a influência da religiosidade e/ou espiritualidade (R/E) na qualidade de vida, pouco se sabe sobre sua associação com a percepção de dor dessas pacientes.

Segundo dados do Global Cancer Observatory (GCO), em 2020, cerca de 2,3 milhões de mulheres tiveram diagnóstico de câncer de mama, e o número de pacientes que evoluíram para óbito em razão da doença foi de 685 mil em todo mundo⁴. No mesmo ano, registraram-se 7,8 milhões de mulheres com diagnóstico de câncer de mama que estavam em tratamento nos cinco anos anteriores⁴. No momento do diagnóstico, aproximadamente 64% das pacientes tinham câncer de mama em estágio local, 27% em estágio regional e 6% em estágio distante (metastático)^{5,6}. Entre 20% e 50% das pacientes com neoplasia de mama queixam-se de dor, número que aumenta para 90% em pacientes metastáticas³.

Além de contemplar uma experiência sensorial desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, a dor também é uma experiência emocional negativa⁷. A frequência e intensidade da dor podem aumentar à medida que o câncer progride, causando desconforto físico, emocional, espiritual e funcional⁸, tornando-a mais complexa do que apenas uma sensação física⁹.

Estudos sobre mulheres com câncer de mama afirmam que o suporte por meio da R/E pode ampará-las, agindo como uma força motivadora para lidar com as dificuldades e seguir adiante com seus ideais de vida e enfrentamento da doença⁹⁻¹². No entanto, pouco se sabe ainda sobre a influência da R/E na percepção da dor.

Compreender a dor e a espiritualidade em mulheres com câncer de mama avançado pode fornecer informações sobre como otimizar o complexo sintoma da dor e fornecer atendimento integral para essas mulheres⁹. Este estudo objetiva avaliar a associação do bem-estar espiritual com a percepção de dor em pacientes acometidas por neoplasia de mama metastática.

Método

Delineamento e local do estudo

Trata-se de estudo transversal, observacional, analítico, com abordagem quantitativa, conduzido por meio de questionários validados relacionados à espiritualidade e à dor, aplicados entre outubro de 2020 e março de 2021. A amostra foi composta por mulheres com neoplasia de mama metastática em acompanhamento ambulatorial na cidade de Joinville/SC. As pacientes foram selecionadas nos dois principais ambulatorios da cidade, um público – Ambulatório de Oncologia do Hospital Municipal São José – e um privado – Centro Ambulatorial de Oncologia da Unimed. Ambos os ambulatorios atendem toda a região de Joinville/SC, com cerca de 600 mil habitantes. Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, conforme aprovação.

Amostragem, critérios de inclusão e exclusão

O quadro amostral foi obtido com base no levantamento do registro médico de ambos os ambulatorios. Todas as pacientes mulheres com idade maior ou igual a 18 anos, alfabetizadas, sem déficit cognitivo reconhecido e com código internacional de doença C50.9 (neoplasia maligna da mama, não especificada) em estágio IV em acompanhamento médico regular nos últimos seis meses foram convidadas a participar do estudo por contato telefônico. As pacientes que aceitaram participar responderam aos instrumentos propostos em um formulário on-line na plataforma de formulários da Google, em virtude do isolamento imposto pela pandemia de covid-19.

Variáveis coletadas e instrumentos utilizados

Foram coletadas variáveis sociodemográficas como idade, escolaridade e estado civil. Também foram avaliados tempo de diagnóstico, locais e números de sítios metastáticos e uso de medicação para controle de dor.

Para avaliar sinais de depressão foi utilizado o Beck Depression Inventory – Short Form (BDI-SF)¹³, uma medida de autoavaliação de depressão que

consiste em 13 itens relacionados a sintomas depressivos que tem sido validada na população brasileira e em pacientes com câncer¹⁴. O somatório do escore do BDI-SF acima de quatro é sugestivo para sintomas leves de depressão.

Empregou-se também o Brief Pain Inventory (BPI) para avaliar o nível e repercussão da dor nas pacientes¹⁵. Foram utilizados os itens 3 a 9, sendo os itens de 3 a 8 para avaliar a intensidade de dor e os sete subitens do item 9 para avaliar a interferência da dor em aspectos da vida (atividades em geral, humor, habilidade para caminhar, sono, trabalho, relacionamento com outras pessoas e aproveitamento da vida).

A intensidade da dor é avaliada pelo paciente tendo como referência as últimas 24 horas, em uma escala numérica de 0 (ausência de dor) a 10 (tão forte quanto se possa imaginar), em que o escore médio total é calculado com base nos itens 3-6. A interferência nos aspectos da vida é também avaliada em uma escala numérica de 0 (não interferência) a 10 (completa interferência), em que escore médio é calculado com base nos sete subitens¹⁶.

A R/E foi avaliada por meio de questões formuladas pelos próprios pesquisadores para compreender melhor o envolvimento em atividades religiosas e por meio do questionário Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being (Facit-Sp-12)¹⁷. O Facit-Sp-12 é uma escala que avalia o bem-estar espiritual, centrado nos aspectos existenciais da espiritualidade e da fé, não limitado à possibilidade de resposta por agnósticos ou ateus. O instrumento é subdividido em duas escalas: a primeira ("sentido/paz"), com oito itens; e a segunda ("fé"), com quatro itens. Para obter a pontuação total, basta somar a pontuação dos 12 itens. Quanto maior a pontuação, maior o bem-estar espiritual¹⁷.

Análise estatística

As variáveis numéricas foram apresentadas pela média e desvio-padrão ou mediana e variação mínima e máxima, conforme distribuição. A exposição estudada, R/E, foi avaliada por meio da estratificação da amostra pela mediana do escore total do Facit-Sp-12 (≤ 33 ou > 33). Já o desfecho

considerado, percepção de dor, foi avaliado de forma binária utilizando a mediana do escore total do BPI ($\leq 26,5$ ou $> 26,5$). Outras variáveis de interesse foram contempladas em relação à variável de exposição e desfecho por meio dos testes qui-quadrado, para as variáveis categóricas, e Mann Whitney, para as numéricas.

Os escores do Facit-Sp-12 foram correlacionados com os escores do BPI por regressão linear simples. A razão de chance entre o bem-estar espiritual (mediana do Facit-Sp-12) e a percepção de dor (mediana do escore BPI) foi avaliada de forma bruta e ajustada para potenciais confundidores pelo método de Mantel-Haenszel. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo nos testes utilizados e as análises foram realizadas no programa estatístico STATA versão 15.

Resultados

Apresentaram neoplasia de mama metastática 26 (12%) das 221 pacientes em acompanhamento regular no ambulatório do serviço privado e 117 (10%) das 1.153 em acompanhamento regular no ambulatório público. Do total da amostra de 143 pacientes, considerando ambos os serviços, 30 (21%) responderam ao questionário on-line (20% do serviço privado e 80% do serviço público). A média de idade foi de 57 anos; 28 (93,3%) eram brancas; 18 (60%) eram casadas ou estavam em união estável; 17 (57%) tinham tempo de diagnóstico maior do que cinco anos e o principal local de metástase foram os ossos (43%).

Utilizavam algum tipo de analgésico 19 (63%) mulheres. Quando avaliada a percepção de dor na amostra total, por meio do BPI (mínimo 0, máximo 10), as medianas foram 2 e 2,2, respectivamente, para intensidade da dor e interferência da dor nos aspectos da vida (o escore total foi de 2,6). O percentual de alívio da dor dentro das últimas 24 horas foi de 80%.

Quanto aos sintomas depressivos, a mediana encontrada no BDI-SF foi de 4,5, havendo 12 (40%) participantes com sintomas leves e três (10%) com sintomas moderados de depressão. Outras características são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características gerais da amostra (n=30)

Variáveis	Número absoluto ou média	% ou DP
Idade	57,3	17,1
Hospital de atendimento	8	53
Privado	6	20,0
Público	24	80,0
Cor de pele branca, sim	28	93,3
Casada ou em união estável, sim	18	60,0
Tempo de casada ou em união estável, anos	24,9	13,1
Anos de estudo	9,6	4,8
Tempo de diagnóstico da neoplasia, anos	-	-
1-5 anos	13	43,0
>5 anos	17	57,0
Número de sítios de metástases	1,9	0,8
Sítios de metástases*	-	-
Ossos	24	42,9
Pulmões	8	14,3
Fígado	11	19,6
Outro	13	23,2
Beck Depression Inventory - Short Form [mediana; VIQ]	4,5	3,0/9,0
Uso de analgésicos, sim	19	63,3
Analgésicos simples	11	36,7
Opioide fraco ¹	7	23,3
Opioide forte ²	7	23,3
Brief Pain Inventory	11	40,7
Intensidade de dor [mediana; VIQ]	2,0	1,2/4,4
Interferência de dor [mediana; VIQ]	2,2	0,6/6,3
Alívio da dor nas últimas 24h em % [mediana; VIQ]	80	20/100
Escore total BPI ³ [mediana; VIQ]	2,6	1,0/5,4

*paciente poderia marcar mais de um sítio; 1-codeína, tramadol; 2-morfina, metadona

DP: desvio-padrão; BPI: Brief Pain Inventory; VIQ: variação interquartil (percentil 25/75)

A religião católica foi a mais prevalente (43%) entre as 28 pacientes que declararam ter algum tipo de religião (93%). Já em relação à prática de atividade religiosa ou espiritual, 27 (90%) pacientes mantinham alguma atividade R/E regular, sendo esta realizada três ou mais vezes na semana em 41% e de forma grupal em 63% da amostra. A R/E foi considerada muito importante para 27 (90%) participantes.

Quanto ao bem-estar espiritual avaliado pelo instrumento Facit-Sp-12, o escore total médio foi de 33 (mínimo 0, máximo 48); no que se refere ao

domínio sentido/paz, a média foi de 19,5 (mínimo 0, máximo 32 pontos); no domínio fé, 14 (mínimo 0, máximo 16 pontos).

Quando avaliadas as principais variáveis e a percepção de dor estratificada pela mediana do escore total do Facit-Sp-12 (Tabela 2), encontrou-se tendência para menor escolaridade em pacientes com menor qualidade de vida relacionada à R/E (7,4 vs. 10,8 anos de estudo, $p=0,077$). As pacientes no grupo com escore do Facit-Sp-12 acima da mediana apresentaram menor escore dos sintomas depressivos (BDI-SF 3,0 vs. 6,0; $p=0,021$).

Apesar de não significativo, observou-se que mulheres com escore de bem-estar espiritual acima da mediana tinham maior tempo de união estável, menor tempo de diagnóstico de neoplasia, menor uso de medicações para dor e menor mediana da intensidade e da interferência da dor.

Tabela 2. Análise das variáveis pela mediana Facit-Sp-12 (n=30)

Variável	Mediana Facit-Sp-12 ≤33		Mediana Facit-Sp-12 >33		Valor p
	Número absoluto ou média	% ou DP	Número absoluto ou média	% ou DP	
Idade	57,4	19,1	57,0	13,7	0,611
Casada/união estável, sim	10	52,6	8	72,7	0,442
Tempo casada/união estável, anos	21,4	10,4	28,7	15,4	0,167
Tempo de estudo, anos	10,8	4,1	7,4	5,4	0,077
Tempo de diagnóstico					0,132
1 a 5 anos	6	31,6	7	63,6	
>5 anos	13	68,4	4	36,4	
Hospital					1,000
Privado	4	21,1	2	18,2	
Público	15	78,9	9	81,8	
Faz atividade R/E, sim	16	84,2	11	100,0	0,279
Número de sítios de metástases	1,7	0,8	2,1	0,7	0,250
Beck Depression Inventory – Short Form [mediana; VIQ]	6,0	4,0/10,0	3,0	2,0/4,0	0,021
Uso de medicamento para controle da dor, sim	14	73,7	5	45,5	0,238
Analgésicos simples	6	31,6	5	45,5	-
Analgésicos opioides fracos	4	21,1	3	27,3	-
Analgésicos opioides fortes	7	36,8	0	0	-
Intensidade de dor BPI [mediana; mínimo/máximo]	3,5	1,0/5,2	1,75	1,2/3,0	0,388
Interferência de dor BPI [mediana; variação interquartil]	4,3	0/6,9	2,0	0,9/5,1	0,681
Escore total BPI ³ [mediana; VIQ]	3,9	1,0/6,1	2,1	0,9/4,6	0,518
Alívio da dor nas últimas 24h em % [mediana; variação interquartil]	80	20/90	80	70/100	0,672

Facit-Sp-12: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being; DP: desvio-padrão; R/E: religiosidade e/ou espiritualidade; BPI: Brief Pain Inventory; VIQ: variação interquartil (percentil 25/75)

As variáveis associadas a menor percepção de dor (mediana BPI≤2,6) são apresentadas na Tabela 3. Não houve diferença significativa em relação à mediana do escore total do bem-estar espiritual (Facit-Sp-12) quando estratificado entre os grupos acima ou abaixo da mediana da percepção de dor (BPI). Embora não significativo, o grupo

acima da mediana do BPI usava opioides fortes com mais frequência do que o grupo abaixo da mediana (40% vs. 6,7%). A regressão linear entre os escores totais do Facit-Sp-12 e os valores do escore total do BPI não demonstraram correlação significativa (β coeficiente=-0,02; IC 95% -0,83 a 0,41; $p=0,492$).

Tabela 3. Análise das variáveis pela mediana Brief Pain Inventory

Variável	Mediana BPI ≤2,6		Mediana BPI >2,6		Valor de p
	Número absoluto ou média	Porcentagem Ou DP	Número absoluto ou média	Porcentagem ou DP	
Idade	50,7	11,8	54,22	16,2	0,693
Casada/união estável, sim	8	53,3	10	66,70	0,709
Tempo casada/união estável, anos	25,2	13,4	24,6	13,7	0,736
Tempo de estudo, anos	10,3	5,4	8,9	4,3	0,393
Tempo de diagnóstico	-	-	-	-	0,461
1 a 5 anos	8	53,3	5	33,3	-
>5 anos	7	46,7	10	66,7	-
Hospital	-	-	-	-	0,648
Privado	4	26,7	2	13,3	-
Público	11	73,3	13	86,7	-
Faz atividade R/E, sim	14	93,3	13	86,7	1,000
Número de sítios de metástases	2	1/3	2	1/2	0,329
Beck Depression Inventory - Short Form [mediana; VIQ]	3,5	2,2/7,5	5,0	2,0/9,5	0,204
Uso de medicamento para controle da dor, sim	7	46,7	12	80,0	0,130
Analgésicos simples	5	33,3	6	40,0	-
Analgésicos opioides fracos	4	26,7	3	20,0	-
Analgésicos opioides fortes	1	6,7	6	40,0	-
Beck Depression Inventory - Escore Total [mediana; variação interquartil]	4	3/6	8	3/10	0,217
Facit-12 Domínio paz, escore total	19,2	14,0/20,0	16,0	16,0/19,0	0,136
Facit-12 Domínio fé, escore total	12,2	8,0/13,5	11,5	9,0/15,0	0,675
Facit-12 Escore Total	31,5	22,0/35,0	28,5	27,0/34,0	0,405

BPI: Brief Pain Inventory; DP: desvio-padrão; Facit-Sp-12: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being; R/E: religiosidade e/ou espiritualidade; VIQ: variação interquartil (percentil 25/75)

O maior escore de R/E (grupo com mediana Facit-Sp-12>33) não mostrou associação com um menor escore de dor (mediana BPI≤2,6), *crude* OR=0,42 (IC 95% 0,08-2,04; *p*=0,264). Após ajuste para potenciais fatores de confusão de forma bivariada, o maior escore de bem-estar espiritual permaneceu não associado à mediana inferior do BPI de forma significativa: ajustado para o estado civil (OR_{M-H}=0,35; IC 95% 0,06-1,88; *p*=0,201), para uso de medicação para dor (OR_{M-H}=0,59; IC 95% 0,12-2,95; *p*=0,517), para presença de sinais de depressão (OR_{M-H}=0,61; IC 95% 0,10-3,53; *p*=0,577) ou para tempo de doença (OR_{M-H}=0,52; IC 95% 0,11-2,50; *p*=0,411).

Discussão

Este estudo revela que grande parte das pacientes com câncer de mama adota alguma atividade R/E como forma de enfrentamento da doença. Na amostra estudada, maior nível de bem-estar espiritual não foi significativamente relacionado a menor percepção de dor, mas a menores escores de sintomas depressivos.

Nesta análise, maior escore de bem-estar espiritual não se relacionou a menor percepção de dor, embora pacientes com escore de bem-estar espiritual acima da mediana usem menos analgésicos

fortes em relação àquelas com escore abaixo da mediana. Poucos estudos de intervenção com foco em R/E têm sido realizados em pacientes com câncer de mama avançado^{18,19}.

Estudo sobre mulheres com câncer de mama avançado submetidas a intervenção psicoterapêutica com foco em potencializar a força interior por meio de técnicas psicológicas demonstrou que as pacientes se beneficiaram desse uso em situações de ansiedade e desespero devidas à doença, mas não houve real benefício no que tange a aspectos relacionados a R/E¹⁸. Por outro lado, quando a intervenção é guiada por profissional com formação específica em R/E (capelão), os achados podem ser mais abrangentes, contribuindo para a melhora de aspectos relacionados à ansiedade, paz interior, sentido da vida e aceitação¹⁹.

Nesta pesquisa, a maioria das pacientes pertencia a uma religião, com predominância daquelas de base cristã. Além disso, a maior parte delas estava envolvida com práticas ligadas a R/E por elas consideradas muito importantes no contexto da doença. Estudos têm focado a relação entre espiritualidade, saúde e qualidade de vida em pacientes crônicos com doença avançada²⁰⁻²³ e alguns teóricos consideram que a espiritualidade pode constituir uma forma de ressignificar o sentido da vida e da morte¹¹.

Muitas vezes pacientes oncológicos enfrentam conflitos emocionais e espirituais, além do medo da morte. Durante o processo de adoecimento, esses pacientes adotam diferentes formas de lidar com a doença, passando por diversas fases, como os cinco estágios descritos por Elisabeth Kübler-Ross²⁴: negação parcial ou total da doença, ira/revolta, barganha, depressão e aceitação. Os aspectos existenciais e espirituais do paciente oncológico durante o adoecimento tornam-se ferramentas para o enfrentamento da doença e podem estar relacionados a espiritualidade, depressão e qualidade de vida¹¹.

A espiritualidade vem ao encontro da necessidade de preencher o vazio explicativo da doença que se instala ou da morte que se aproxima. Por isso, pode ser entendida como uma busca de completude, um fechamento do “ser-no-mundo”, abrandando a dor e favorecendo a aceitação dolorosa do luto ao constituir um tipo de ajuda que transcende a si mesmo¹¹.

Sabe-se que pacientes com câncer precisam ter seus desconfortos físicos aliviados e controlados para que as suas necessidades espirituais possam ser mais bem compreendidas e preenchidas. Uma pessoa com dor intensa não terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, pois o sofrimento físico torna-se um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada pelos pacientes que estão morrendo²⁵.

No estudo conduzido neste trabalho, mais da metade da amostra relatou usar analgésico, e grande parte obteve alívio nas últimas 24 horas anteriores à análise, conforme avaliado pelo instrumento BPI. Dessa forma, falta de controle adequado de analgesia não parece impactar a não associação encontrada entre R/E e dor. Porém, considerando que grande parte da amostra que aceitou responder à pesquisa praticava alguma atividade envolvendo R/E, não é possível afastar um viés de seleção da amostragem, o que diminui a influência dos não praticantes de atividades R/E sobre o desfecho da dor.

Outro aspecto verificado foi a associação da R/E a menor presença de sintomas depressivos. Sabe-se que bem-estar espiritual mais elevado está associado com menor sofrimento, maior adaptação à doença e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida^{20,25}.

A prevalência de depressão em mulheres com câncer de mama tem sido bastante variável, sendo apontada por 1,5% a 30% dessas pacientes^{13,26}. O diagnóstico de câncer representa sobrecarga emocional, porém a depressão também pode estar relacionada a características inerentes à paciente, além daquelas relacionadas ao câncer e seu tratamento²⁶.

Por outro lado, sabe-se que a avaliação da R/E por meio de escala pode refletir conceitos que permeiam também aspectos psicológicos ou morais²⁷. As questões do instrumento FACIT-Sp-12 relacionadas a paz interior podem ser entremeadas por sentidos e questionamentos muito próximos àqueles encontrados no instrumento que avalia qualidade de vida e/ou sintomas depressivos²⁷. Tal associação poderia explicar, em parte, a relação encontrada entre maior escore de R/E e indivíduos com menos sintomas depressivos.

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas: 1) devido ao isolamento imposto

pela pandemia de covid-19, a estratégia eletrônica para resposta ao questionário pode ter limitado a participação de pacientes com menor escolaridade ou dificuldade de acesso a meios digitais; 2) embora faixa etária, tempo de diagnóstico, número e localização das metástases sejam semelhantes ao perfil reconhecido de outros estudos realizados no Brasil^{28,29}, não se pode afastar um viés de seleção da amostra.

Apesar de não ter sido possível detalhar melhor as doses e o esquema dos analgésicos utilizados pelas pacientes, a maioria delas pertencia ao mesmo ambulatório e era sujeita a uma rotina semelhante de prescrição analgésica, o que pode, em parte, minimizar erros de aferição.

Este estudo apresenta informações importantes sobre o maior envolvimento em práticas de R/E por pacientes em estágio avançado de câncer de mama. Tal achado pode reforçar a necessidade de a equipe assistencial compreender melhor crenças e práticas

de fé dessas pacientes, constituindo-se em ponto de apoio para o enfrentamento da doença.

Considerações finais

A busca de envolvimento com aspectos de R/E é bastante presente em pacientes com câncer de mama metastático. Na amostra estudada, maior bem-estar espiritual não se relacionou com menor percepção de dor, mas verificou-se que aspectos relacionados a R/E podem ter alguma influência sobre sintomas depressivos nessas pacientes. Tal associação precisa ser mais bem avaliada quanto a seu impacto na percepção da dor.

Estudos futuros poderão avaliar intervenções que possam aumentar a espiritualidade, como práticas meditativas, psicoterapia centrada no significado e musicoterapia, relacionadas a experiências da doença – especificamente dor e depressão.

Referências

1. Huang J, Chan PS, Lok V, Chen X, Ding H, Jin Y *et al.* Global incidence and mortality of breast cancer: a trend analysis. *Aging (Albany NY)* [Internet]. 2021 [acesso 6 fev 2023];13(4):5748-803. DOI: 10.18632/aging.202502
2. Ruitenkamp J, Ernst MF, de Munck L, van der Heiden-van der Loo M, Bastiaannet E, van de Poll-Franse LV *et al.* Improved survival of patients with primary distant metastatic breast cancer in the period of 1995-2008: a nationwide population-based study in the Netherlands. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2011 [acesso 6 fev 2023];128(2):495-503. DOI: 10.1007/s10549-011-1349-x
3. Portenoy RK, Lesage P. Management of cancer pain. *Lancet* [Internet]. 1999 [acesso 6 fev 2023];353(9165):1695-700. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)01310-0
4. Lei S, Zheng R, Zhang S, Wang S, Chen R, Sun K *et al.* Global patterns of breast cancer incidence and mortality: a population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Commun (Lond)* [Internet]. 2021 [acesso 6 fev 2023];41(11):1183-94. DOI: 10.1002/cac2.12207
5. Lee YT. Breast carcinoma: pattern of metastasis at autopsy. *J Surg Oncol* [Internet]. 1983 [acesso 6 fev 2023];23(3):175-80. DOI: 10.1002/jso.2930230311
6. Zhang H, Zhu W, Biskup E, Yang W, Yang Z, Wang H *et al.* Incidence, risk factors and prognostic characteristics of bone metastases and skeletal-related events (SREs) in breast cancer patients: a systematic review of the real world data. *J Bone Oncol* [Internet]. 2018 [acesso 6 fev 2023];11:38-50. DOI: 10.1016/j.jbo.2018.01.004
7. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020 [acesso 6 fev 2023];161(9):1976-82. DOI: 10.1016/j.jbo.2018.01.004
8. Hui D, Bruera E. A personalized approach to assessing and managing pain in patients with cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2014 [acesso 6 fev 2023];32(16):1640-6. DOI: 10.1200/JCO.2013.52.2508
9. Flanigan M, Wyatt G, Lehto R. Spiritual perspectives on pain in advanced breast cancer: a scoping review. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2019 [acesso 6 fev 2023];20(5):432-43. DOI: 10.1016/j.pmn.2019.04.002
10. Reynolds D. Examining spirituality among women with breast cancer. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2006 [acesso 6 fev 2022];20(3):118-21. DOI: 10.1097/00004650-200605000-00005

11. Miranda SL, Lanna MAL, Felipe WC. Spirituality, depression, and quality of life in the fight of cancer: an exploratory study. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2015 [acesso 6 fev 2023];35(3):870-85. DOI: 10.1590/1982-3703002342013
12. Nuraini T, Andrijono A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D. Spirituality-focused palliative care to improve Indonesian breast cancer patient comfort. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2018 [acesso 6 fev 2023];24(2):196-201. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_5_18
13. Love AW, Grabsch B, Clarke DM, Bloch S, Kissane DW. Screening for depression in women with metastatic breast cancer: a comparison of the Beck Depression Inventory Short Form and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2004 [acesso 6 fev 2023];38(7):526-31. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2004.01385.x
14. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2012 [acesso 6 fev 2023];34(4):389-94. DOI: 10.1016/j.rbp.2012.03.005
15. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singap* [Internet]. 1994 [acesso 6 fev 2023];23(2):129-38. Disponível: <https://bit.ly/3qSE2VE>
16. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Support Care Cancer* [Internet]. 2011 [acesso 6 fev 2023];19(4):505-11. DOI: 10.1007/s00520-010-0844-7
17. Lucchetti G, Lucchetti AL, Bernardin Gonçalves JP, Vallada HP. Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. *J Relig Health* [Internet]. 2015 [acesso 6 fev 2023];54(1):112-21. DOI: 10.1007/s10943-013-9785-z
18. Abernethy AP, Herndon JE 2nd, Coan A, Staley T, Wheeler JL, Rowe K *et al.* Phase 2 pilot study of Pathfinders: a psychosocial intervention for cancer patients. *Support Care Cancer* [Internet]. 2010 [acesso 6 fev 2023];18(7):893-8. DOI: 10.1007/s00520-010-0823-z
19. Cooper RS. Case study of a chaplain's spiritual care for a patient with advanced metastatic breast cancer. *J Health Care Chaplain* [Internet]. 2011 [acesso 6 fev 2023];17(1-2):19-37. DOI: 10.1080/08854726.2011.559832
20. Johannessen-Henry CT, Deltour I, Bidstrup PE, Dalton SO, Johansen C. Associations between faith, distress and mental adjustment: a Danish survivorship study. *Acta Oncol* [Internet]. 2013 [acesso 6 fev 2023];52(2):364-71. DOI: 10.3109/0284186X.2012.744141
21. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2001 [acesso 6 fev 2023];14(4):352-7. DOI: 10.1080/08998280.2001.11927788
22. Chibnall JT, Videen SD, Duckro PN, Miller DK. Psychosocial-spiritual correlates of death distress in patients with life-threatening medical conditions. *Palliat Med* [Internet]. 2002 [acesso 6 fev 2023];16(4):331-8. DOI: 10.1191/0269216302pm544oa
23. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: a review. *SSM Popul Health* [Internet]. 2016 [acesso 6 fev 2023];2:373-81. DOI: 10.1016/j.ssmph.2016.04.009
24. Kubler-Ross E. *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families.* New York: Scribner; 2011.
25. Leão D, Pereira ER, Perez-Marfil MN, Silva R, Mendonca AB, Rocha R *et al.* The importance of spirituality for women facing breast cancer diagnosis: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acesso 6 fev 2023];18(12):6415. DOI: 10.3390/ijerph18126415
26. Caplette-Gingras A, Savard J. Depression in women with metastatic breast cancer: a review of the literature. *Palliat Support Care* [Internet]. 2008 [acesso 6 fev 2023];6(4):377-87. DOI: 10.1017/S1478951508000606
27. Koenig HG. Concerns about measuring "spirituality" in research. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2008 [acesso 6 fev 2023];196(5):349-55. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31816ff796
28. Matos SEM, Rabelo MRG, Peixoto MC. Análise epidemiológica do câncer de mama no Brasil: 2015 a 2020. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2021 [acesso 6 fev 2023];4(3):13320-30. DOI: 10.34119/bjhrv4n3-282
29. Renna NL Jr, Silva GA. Diagnóstico de câncer de mama em estado avançado no Brasil: análise de dados dos registros hospitalares de câncer (2000-2012). *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [acesso 6 fev 2023];40(3):127-36. DOI: 10.1055/s-0038-1624580

Samantha Brandes – Mestra – samanthabrandes@gmail.com

 0000-0001-9877-5872


Ana Caroline Taborda Kemczenski – Graduada – anacarolline.kem@gmail.com

 0000-0001-8030-2217


Ana Paula Niespodzinski – Graduada – anapaulan.sbs@gmail.com

 0000-0002-3764-6679

Anne Izabelly de Aguiar Cabral Martins Souza – Graduada – anneizacabralsouza@gmail.com

 0000-0003-0694-9172


Gabriela Barbieri – Graduada – gabriela12barbieri@gmail.com

 0000-0003-4800-5110

Jean Carl Silva – Doutor – jean.carl@univille.br

 0000-0002-3094-8180

Helbert do Nascimento Lima – Doutor – helbertlima@hotmail.com

 0000-0003-0081-6897

Correspondência

Samantha Brandes – Rua da Independência, 125, ap. 204B, Anita Garibaldi CEP 89203-305. Joinville/SC, Brasil.

Participação dos autores

Todos os autores participaram da concepção e delineamento do estudo, bem como da coleta de dados, análise e interpretação dos resultados. A redação do artigo e aprovação final foi feita em conjunto.

Recebido: 31.3.2022

Revisado: 7.2.2023

Aprovado: 2.3.2023