

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CAMILA CSIZMAR CARVALHO

EFEITO DA PRECE SOBRE A ANSIEDADE DE PACIENTES SUBMETIDOS AO
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

ALFENAS/MG

2013

CAMILA CSIZMAR CARVALHO

**EFEITO DA PRECE SOBRE A ANSIEDADE DE PACIENTES SUBMETIDOS AO
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Erika de Cássia Lopes Chaves

Linha de pesquisa: O processo do cuidar em enfermagem

ALFENAS/MG

2013

Carvalho, Camila Csizmar.

Efeito da prece sobre a ansiedade de pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico / Camila Csizmar Carvalho. - 2013.
101 f. -

Orientadora: Erika de Cássia Lopes Chaves.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2013.

Bibliografia.

1. Espiritualidade. 2. Ansiedade. 3. Quimioterapia. 4. Enfermagem.
I. Chaves, Erika de Cássia Lopes. II. Título.

CDD: 616.994



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-000



CAMILA CSIZMAR CARVALHO

**"EFEITO DA PRECE SOBRE A ANSIEDADE DE PACIENTES SUBMETIDOS AO
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO".**

A Banca examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação apresentada como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pela Universidade Federal de
Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 05 / 03 / 2013

Prof(a). Dr(a). Érika de Cássia Lopes Chaves
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG

Assinatura:

Prof(a). Dr(a). Cristiane da Silva Marciano
Grasselli
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG

Assinatura:

Prof(a). Dr(a). Cristiane Giffoni Braga
Instituição: Escola de Enfermagem Wenceslau
Braz - EEWB

Assinatura:

Dedico à Comunidade Mariana Resgate, pela qual sou consagrada a Deus, pela graça de vivenciar o carisma Resgate e a espiritualidade de reparação em minha profissão. Aos irmãos Marianos Resgate por todo suporte na fé e cuidado fraterno.

Aos meus pais, João Carlos e Vera Lúcia, pelo incentivo, pelo apoio e pelo amor dedicados a mim.

Ao querido Rafael, presente de Deus em minha vida, pelo amor, pela compreensão, pelo companheirismo e pelo cuidado comigo.

À minha irmã Cláudia, por todas as vezes que me incentivou e apoiou.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela graça de desenvolver esta dissertação, pelo sustento e pela fortaleza nas dificuldades e por honrar sempre aqueles que fazem a Sua vontade. À Virgem Maria, por ser guia nesse caminho trilhado entre espiritualidade e ciência, por sua fiel intercessão.

À Comunidade Mariana Resgate e a todos os seus membros e amigos, meus irmãos de fé.

À Erika de Cássia Lopes Chaves pela orientação do trabalho, por todo aprendizado fornecido, pelo exemplo dado a mim, de competência, de caridade e de luta constante de fé, em acreditar no benefício da espiritualidade para a ciência.

Aos pacientes da oncologia, pela participação na pesquisa e por compartilharem suas experiências de vida.

À Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, pela abertura fornecida para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem e aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

A todos que contribuíram para esta conquista, meu muito obrigada!

“E agora, eis o que diz o Senhor, aquele que te criou Jacó, e te formou, Israel: Nada temas, pois eu te resgato, eu te chamo pelo nome, és meu. Se tiveres de atravessar a água, estarei contigo. E os rios não te submergirão; se caminhares pelo fogo, não te queimarás e a chama não te consumirá. Pois eu sou o Senhor, teu Deus, o Santo de Israel, teu Salvador. Dou o Egito por teu resgate, a Etiópia e Sabá em compensação.” (Isaías 43, 1-3)

RESUMO

O câncer é uma doença marcada por sentimentos de medo, angústia e ansiedade, decorrentes do estigma que o acompanha ou do sofrimento que cerca seu tratamento. A ansiedade é uma condição presente, especialmente, durante o processo da quimioterapia que, atrelada aos seus efeitos colaterais e ao ambiente hospitalar, gera um profundo sofrimento ao paciente. O enfermeiro está presente e convive com o paciente durante todo o processo de diagnóstico, de tratamento e/ou de reabilitação do câncer; portanto desempenha um papel importante na busca de estratégias que possam minimizar sua ansiedade e os agravos resultantes da mesma. Uma das formas de terapia alternativa que visa à assistência à saúde do indivíduo com câncer, de forma holística e integral, é a prece que, por sua vez, é uma intervenção de enfermagem proposta pela *Nursing Interventions Classification* (NIC). A prece é uma prática não convencional com reconhecida ausência de efeitos danosos ao organismo, que pode ser empregada como coadjuvante, tanto ao tratamento paliativo, como ao tratamento quimioterápico. O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito da prece sobre a ansiedade de pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia. A metodologia utilizada foi quase experimental com análise quantitativa e comparativa dos dados, com pré e pós- intervenção, realizado, no período de fevereiro a dezembro de 2012, com 25 pacientes em tratamento de quimioterapia endovenosa contínua, em um setor de internação. Os instrumentos utilizados foram: questionário de características sociodemográficas, clínicas e espirituais; Índice de Religiosidade da Universidade de Duke – DUREL; Inventário de Ansiedade (IDATE) Traço-Estado e formulário com registro dos valores de sinais vitais e cortisol salivar, todos aplicados por meio de entrevista pela pesquisadora. A coleta de dados ocorreu em quatro momentos: primeira coleta (basal), pré-intervenção, intervenção e pós-intervenção, em que pré e pós foram repetidos mais duas vezes. Na intervenção, foi aplicada a prece de intercessão pela pesquisadora e a prece de petição, por meio de um fone de ouvido. Para análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico BioEstat 5.0, com teste t, teste de Wilcoxon, de normalidade Shapiro-Wilk, de Mann-Whitney, Coeficiente de Correlação de Pearson, de Spearman e Análise de variância Kruskal Wallis. A caracterização dos sujeitos de estudo deu-se por: sexo masculino (75%); faixa etária de 51 a 60 anos (55%); casado (75%); baixo nível de escolaridade (80%); alto índice de religiosidade

(religiosidade organizacional de 2,95; não organizacional, 2,3 e religiosidade intrínseca, 3,7). O traço de ansiedade foi de 36,2, considerado grau mediano. O estudo resultou em diferenças significativas entre as coletas pré e pós-intervenção para o estado de ansiedade ($<0,00$), pressão arterial (sistólica, 0,00; diastólica, $<0,00$) e frequência respiratória (0,04). Portanto, a prece demonstrou ser estratégia eficiente na redução da ansiedade do paciente em tratamento de quimioterapia. A prece é uma prática simples, sem custos, que pode ser utilizada pelo enfermeiro durante a aplicação do cuidado holístico uma vez que não acarreta mudança na rotina do serviço hospitalar e proporciona benefícios para o paciente.

Palavras-chave: Espiritualidade. Ansiedade. Quimioterapia. Enfermagem.

ABSTRACT

Cancer is a disease marked by feelings of fear, anguish and anxiety arising from the stigma that accompanies or suffering about their treatment. Anxiety is a present condition, especially during chemotherapy which, linked to its side effects and the hospital environment, generates a deep pain to the patient. The nurse is present and living with the patient throughout the process of diagnosis, treatment and/or rehabilitation of cancer and therefore plays an important role in the search for strategies that can minimize your anxiety and the damages resulting therefrom. One form of alternative therapy that aims to health care of the individual with cancer, in a holistic and comprehensive, is the prayer that, in turn, is a nursing intervention proposed by the Nursing Interventions Classification (NIC). Prayer is a conventional practice not recognized with no harmful effects to the body, which can be employed as adjuvant, both palliative treatment, as with chemotherapy. The aim of this study was to evaluate the effect of prayer on anxiety in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. The methodology used was quasi-experimental with quantitative analysis and comparative data, with pre-intervention and post-intervention, conducted in the period from february to december 2012, with 25 patients on continuous intravenous chemotherapy treatment in a hospital sector. The instruments used were: questionnaire of sociodemographic, clinical and spiritual; Religiosity Index Duke University - Durel; Anxiety Inventory (IDATE) State-Trait and registration form with the values of vital signs and salivary cortisol, all applied by interview by the researcher. Data collection occurred in four stages: first collection (baseline), pre-intervention, intervention and post-intervention, in which pre-intervention and post-intervention were repeated two more times. In the intervention, was applied by the researcher intercessory prayer and prayer of petition through a headset. Data analysis was performed using the statistical program BioEstat 5.0, with t test, Wilcoxon test, normality Shapiro-Wilk test, Mann-Whitney test, Pearson correlation coefficient, Spearman and Kruskal Wallis analysis of variance. The characterization of the study subjects was given by: male (75%) aged 51 to 60 years (55%), married (75%), low level of education (80%), high level of religiosity (organizational religiosity of 2,95, not organizational, 2,3 and intrinsic religiosity, 3,7). The trait anxiety was 36,2, considered medium grade. The study resulted in significant differences between the samples before and after intervention for anxiety

state (<0,00), blood pressure (systolic 0,00, diastolic <000) and respiratory rate (0,04). Therefore, prayer strategy demonstrated to be effective in reducing the anxiety of the patient undergoing chemotherapy treatment. Prayer is a simple practice, free of charge, which can be used by nurses during the implementation of holistic care since it does not entail a change in routine hospital and provides benefits for the patient.

Keywords: Spirituality. Anxiety. Chemotherapy. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Cortes axiais de resultados do grupo de análise que mostram aumento (vermelho e laranja) e diminuição (azul e verde) do fluxo sanguíneo cerebral durante a meditação em relação ao grupo controle.....	28
Figura 2 -	Respostas físicas e mentais à ansiedade grave.....	36
Figura 3 -	Tubo Salivette.....	44
Figura 4 -	Coleta de saliva com Salivette.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra quanto ao perfil sociodemográfico do grupo 1 (intervenção) e do grupo 2 (controle). Alfenas, 2013.....	51
Tabela 2 -	Características clínicas da amostra do grupo 1 (intervenção) e grupo 2 (controle). Alfenas, 2013.....	52
Tabela 3 -	Descrição da religiosidade dos sujeitos conforme o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) do grupo 1 (intervenção) e do grupo 2 (controle). Alfenas, 2013.....	53
Tabela 4 -	Medidas da Escala de Religiosidade de Duke em relação ao sexo e ao estado civil segundo o teste de Kruskal-Wallis ou de Mann Whitney, grupo 1 (intervenção). Alfenas, 2013.....	55
Tabela 5 -	Perfil de ansiedade segundo o IDATE, o cortisol salivar e os dados dos sinais vitais dos grupos (média - \bar{x} e desvio padrão amostral - s) na primeira coleta, antes da intervenção, do grupo 1 (intervenção) e do grupo 2 (controle). Alfenas, 2013....	56
Tabela 6 -	Correlação da religiosidade (DUREL) com as variáveis de traço e estado de ansiedade, grupo 1 (intervenção). Alfenas, 2013.....	57
Tabela 7 -	Medidas do traço e estado de ansiedade em relação ao sexo, estado civil e crença religiosa pelo teste de Kruskal-Wallis ou de Mann Whitney, grupo 1 (intervenção). Alfenas, 2013.....	57
Tabela 8 -	Correlação do traço e estado de ansiedade com as variáveis de faixa etária e escolaridade, grupo 1 (intervenção). Alfenas, 2013.....	57
Tabela 9 -	Comparação entre as médias pré e pós-intervenção das variáveis de avaliação da ansiedade. Alfenas, 2013.....	58
Tabela 10 -	Média (\bar{x}) e desvio padrão amostral (s) dos dados coletados nas três coletas pré e pós-intervenção. Alfenas, 2013.....	59
Tabela 11 -	Comparação da coleta pós-intervenção entre o grupo 1 (intervenção) e o grupo 2 (controle). Alfenas, 2013.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem
- DUREL** - Duke Religious Index
- IDATE** - Inventário de Ansiedade Traço-Estado
- INCA** - Instituto Nacional do Câncer
- NANDA** - Nursing American Diagnoses Association International
- NIC** - Nursing Interventions Classification
- NOC** - Nursing Outcomes Classification
- PI** - Prece Intercessória
- RO** - Religiosidade organizacional
- RNO** - Religiosidade não-organizacional
- RI** - Religiosidade intrínseca
- TAC** - Terapias Alternativas/ Complementares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE.....	19
3.2	A ESPIRITUALIDADE E A ENFERMAGEM.....	20
3.3	A PRECE.....	26
3.3.1	A prece e o cuidado espiritual de enfermagem.....	30
3.3.2	A prece, o câncer e a ansiedade.....	32
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	39
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	39
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	40
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4.5	INSTRUMENTOS PARA COLETAS DE DADOS.....	41
4.5.1	Questionário de características sociodemográficas, clínicas e espirituais.....	42
4.5.2	Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL)..	42
4.5.3	Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).....	43
4.5.4	Formulário com registro dos valores de sinais vitais e cortisol salivar.....	44
4.6	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	44
4.6.1	Pré-intervenção.....	46
4.6.2	Intervenção.....	47
4.6.3	Pós-intervenção.....	49
4.6.4	Grupo controle branco.....	50
4.7	ANÁLISE DE DADOS.....	50
5	RESULTADOS.....	51
5.1	PERFIL DOS SUJEITOS ESTUDADOS.....	51
5.2	PERFIL DE RELIGIOSIDADE.....	53

5.3	PERFIL DE ANSIEDADE.....	55
5.4	EFICÁCIA DA PRECE.....	58
6	DISCUSSÃO.....	61
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	74
	APÊNDICES.....	91
	ANEXOS.....	98

1 INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma doença culturalmente estigmatizada, causadora de sofrimento e de morte. Seu diagnóstico envolve sentimentos de medo, angústia, incerteza e desespero, para o paciente e para toda sua família, tornando-se uma fonte geradora de ansiedade (BARBOSA; FRANCISCO, 2007; MARUYAMA et al, 2006; NUCCI, 2003). Esta, por sua vez, pode ser mais intensa quando o paciente está em tratamento de quimioterapia, pois é agravada pelos desconfortos decorrente do mesmo (APÓSTOLO et al, 2006).

A pessoa com câncer tem a necessidade de ser atendida em sua individualidade e em sua integridade. O enfermeiro é o profissional que convive com o paciente e com sua família durante todo o processo de diagnóstico, de tratamento ou de reabilitação da doença (FONTES; ALVIM, 2008), de forma que tem o papel de atendê-los de maneira holística, o que inclui a assistência nos aspectos físico, social, psicológico e espiritual.

No contexto da assistência holística ao paciente, o cuidado espiritual é o mais difícil a ser prestado, uma vez que inclui aspectos pessoais da espiritualidade do paciente. O cuidado espiritual está profundamente incorporado aos preceitos do cuidado holístico com uma assistência de enfermagem sistematizada, integral e individualizada (STERN; JAMES, 2006; PESUT, 2006). Entretanto, diferentemente do cuidado físico, que é definido na literatura de enfermagem de maneira clara (FAWCETT; NOBRE, 2004; VAN LEEUWEN; CUSVELLER, 2004), o cuidado espiritual ainda é um grande desafio e requer a inclusão da espiritualidade na formação profissional e o investimento em pesquisas que possibilitem a consolidação de um corpo de conhecimento a respeito do fenômeno.

A espiritualidade é incluída na atenção integral à saúde do paciente com câncer quando o enfermeiro busca compreender sua religiosidade e o significado que o mesmo atribui ao momento que está vivendo. O envolvimento do paciente com um cuidado direcionado às práticas religiosas, possibilita a adoção de um tratamento cultural e social mais próximo de sua realidade, sendo assim, ele busca sentido para lidar com a vida e abrandar o sofrimento (CORTEZ; TEIXEIRA, 2010).

Muitas vezes, o enfermeiro depara-se com as práticas espirituais dos pacientes que, durante a internação hospitalar, realizam profundos momentos de oração, recorrendo à intervenção divina pela condição que vivencia. É comum

encontrar na mesinha de cabeceira de um paciente objetos sacros como Bíblia, terço, livros de orações, fotos ou medalhas com imagens de santos, que são considerados símbolos de fé, que geram o conforto espiritual e mantêm o sentido de esperança. Tais práticas promovem a saúde espiritual e são consideradas um aspecto importante no processo de cura ou, ainda, como parte significativa do tratamento paliativo de pacientes com câncer.

Dentre as práticas religiosas, a oração é a mais frequentemente utilizada por pessoas espiritualizadas, pois tem uma ação positiva durante o processo de saúde-doença, pois os pacientes, após invocação divina, sentem-se mais fortes para superar a doença, a dor, o tratamento e o novo ambiente em que se encontram. Portanto, a espiritualidade, manifestada por meio da oração, pode ser um importante fator coadjuvante no tratamento de pessoas com câncer, capaz de produzir esperança e de reduzir a ansiedade provocada pela doença. Para Meraviglia (2002), a oração pode até diminuir o efeito do câncer.

Por sua vez, tanto a religiosidade como a espiritualidade podem ser praticadas por meio da oração, que é descrita de diferentes maneiras, tais como: confissão, adoração, invocação, ação de graças, petição e intercessão (FOSTER, 1992; BENSON, 1996). Estas duas últimas formas de oração, a petição e a intercessão, constituem a prece (TOSTA, 2004a).

Na literatura, alguns estudos (CALDEIRA, 2009; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; KRUCOFF et al, 2005; ASTIN, 2006; BYRD, 1988) abordam a contribuição da espiritualidade, especificamente da prece, na saúde das pessoas, o que tem instigado a produção do conhecimento sobre o efeito da prece na recuperação da saúde dos pacientes.

A oração é considerada uma terapia alterativa e complementar comumente utilizada por adultos diagnosticados com câncer (ROSS, et al 2008). As terapias não convencionais, também denominadas terapias alternativas/ complementares (TAC), são técnicas que visam à assistência à saúde do indivíduo na prevenção, no tratamento ou na cura de forma holística. Apesar de sua grande utilização, de seu emprego em diversos serviços de saúde e de seu reconhecimento pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no Parecer Informativo 004/95, que apresenta a fundamentação da Enfermagem na visão holística do ser humano, ainda faltam evidências científicas de sua utilização, necessitando-se de mais estudos nessa área (TROVO; SILVA; LEÃO, 2003).

Tendo em vista a importância da espiritualidade na assistência à saúde (DELGADO, 2005; SAWATZKY; PESUT, 2005; VAN LEEUWEN; CUSVELLER, 2004), em especial como um importante recurso para a saúde mental (VOLCAN et al, 2003), torna-se pertinente a identificação de intervenções de enfermagem que contemplem essa dimensão humana. Portanto, investir em estudos que procurem compreender a prece, em contexto clínico, irá favorecer seu uso na assistência de enfermagem, de maneira a proporcionar o bem-estar ao paciente diante das dificuldades e dos sentimentos negativos vivenciados pelo câncer e por seu tratamento e, ainda, contribuir com a produção de conhecimento na área de Enfermagem, fortalecendo as estratégias de cuidado no que tange às terapias não convencionais.

Dessa forma, este estudo pretendeu verificar a influência da prece sobre o cortisol salivar, a pressão arterial, a frequência cardíaca e respiratória de pacientes em quimioterapia, para que se possa estabelecer não só a identificação da ansiedade vivenciada por estes pacientes, mas também estabelecer evidências clínicas a respeito da prece, como o cuidado espiritual de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o efeito da prece sobre a ansiedade de pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a ansiedade traço e estado dos pacientes em quimioterapia;
- Investigar os níveis de cortisol salivar de pacientes em quimioterapia;
- Identificar a religiosidade de pacientes em quimioterapia;
- Identificar os parâmetros de frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial;
- Comparar os escores do estado de ansiedade, do nível de cortisol salivar, dos sinais vitais antes e após a realização da prece.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde, em 1946, conceituou saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Em 1983, na Assembleia Mundial de Saúde, discutiu-se a inclusão de uma dimensão espiritual no conceito de saúde, dando origem a uma nova proposta, em que a saúde passa a ser definida como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (WHO, 1998). Um indivíduo saudável, portanto, deve ser visto como um ser holístico, em todas as suas dimensões, inclusive na espiritualidade, que inclui sua religiosidade, suas crenças e seus valores pessoais.

As implicações da associação entre espiritualidade e saúde são amplas, em que a espiritualidade é considerada um importante recurso promissor de manutenção da saúde, de prevenção de doenças, de cura e de reabilitação (MARQUES, 2003). Dessa maneira, a espiritualidade também deve integrar o cuidado de enfermagem, uma vez que a profissão visa à promoção da saúde e proteção do interesse do paciente e de sua dignidade, conforme o Código de Ética Profissional (Resolução COFEN 240/2000).

Os conceitos de religiosidade e espiritualidade são diferentes. Religião refere-se a um sistema de crenças a que o indivíduo adere, enquanto que a espiritualidade é uma experiência da pessoa em relação aos outros, com a natureza e com Deus, encontrada por meio de um relacionamento pessoal com Deus (LARSON, 2003).

A definição de espiritualidade, utilizada neste estudo, apresenta um caráter multidimensional da experiência humana que está relacionado a questões como significado e propósito da vida, racionalidade, esperança, valor, amor, Deus e transcendência. É um fenômeno complexo, inerente à condição humana o qual permeia áreas de conhecimento diversificadas (SWINTON & PATTISON, 2010).

De acordo com Volcan (2003), a espiritualidade é um conjunto de todas as emoções e convicções não materiais, em que há mais no viver do que pode ser percebido ou compreendido. Originada do latim *spiritus*, a palavra espiritualidade descende semanticamente da língua hebraica *ruach* e significa sopro, algo natural como o vento e como a respiração dos seres vivos (LYRA, 2000).

A espiritualidade é um elemento importante no cuidado aos pacientes, especialmente em situações consideradas difíceis, como diagnóstico e tratamento de doenças graves ou daquelas que requerem tratamento paliativo. Ela proporciona uma sensação de bem-estar e de suporte à pessoa, auxiliando no processo de enfrentar o sofrimento provocado pelo diagnóstico e pelo tratamento de doenças como o câncer (VIVAT, 2008).

Por conseguinte, durante o tratamento da pessoa com câncer, aspectos religiosos e/ou espirituais também devem ser considerados. Da mesma forma que suas necessidades físicas, psicológicas e sociais devem ser atendidas, as necessidades espirituais não podem ser ignoradas. Estudos têm revelado que o enfrentamento religioso pode contribuir na adesão ao tratamento, na redução do estresse e da ansiedade (VALCANTI et al, 2012; FORNAZARI; FERREIRA, 2010; PANZINI et al, 2007).

Estudos demonstram que a espiritualidade leva à adoção de comportamentos saudáveis, como parar de fumar, aumentar a realização de exercícios físicos, aumentar os contatos sociais (STRAWBRIDGE et al, 1997). Além disso, a espiritualidade desencadeia aspectos protetores para saúde por dar sentido à vida, proporcionando capacidade para suportar sentimentos debilitantes de culpa, de raiva, de ansiedade e por possibilitar uma rede de apoio social mais forte (MARQUES, 2000). Portanto, a espiritualidade é um fator de proteção, tanto em questões de ordem médica quanto em problemas da área psicológica (SOUZA et al, 2001).

Pode-se dizer que a religiosidade/espiritualidade constitui uma estratégia importante para os pacientes que lidam com o diagnóstico do câncer, cujo tratamento é permeado de eventos estressores uma vez que a doença produz um forte impacto na vida da pessoa (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

3.2 A ESPIRITUALIDADE E A ENFERMAGEM

A espiritualidade é parte constitutiva e inerente ao ser humano, sendo usada para designar a totalidade do mesmo enquanto sentido e vitalidade (MULLER, 2004). É um componente relevante da personalidade e da saúde e se espalha nas dimensões fisiológicas, psicológicas e socioculturais da vida da pessoa (SARRIERA, 2004; POTTER; PERRY, 2009).

A dimensão espiritual foi reconhecida nas culturas antigas e está intimamente ligada à história da enfermagem. Na era pré-cristã, o cuidado com os doentes era visto como uma expressão dos valores de hospitalidade e de caridade. No início da era cristã, cuidar dos doentes era algo muito respeitado e honroso, um componente de amor ao próximo (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007; WILKINSON; LEUVEN, 2010).

Historicamente, o cuidado e a profissão de enfermagem receberam ação do cristianismo, cujos adeptos, principalmente mulheres, dedicavam suas vidas à prática da caridade, em busca de uma salvação eterna. A relação da espiritualidade com a enfermagem, portanto, é antiga e a prática da profissão, muitas vezes, foi estereotipada como uma atividade de penitência realizada como meio de purificação (CORTEZ, 2009).

Na Europa, no período pós-reforma, a enfermagem continuou a crescer e a dimensão espiritual esteve inserida no cuidado. Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira britânica e precursora da Enfermagem, via a espiritualidade como o âmago do coração da natureza humana e como uma dimensão fundamental para a cura (WILKINSON; LEUVEN, 2010).

A espiritualidade, dessa forma, era parte integrante do cuidado de Enfermagem, entretanto, a partir da Revolução Industrial, em meados do século XVIII e século XIX, houve um grande impulso na ciência proporcionado pela tecnologia, o que resultou em um distanciamento dos valores humanísticos ou daqueles considerados pouco científicos (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2004). O cuidado espiritual na enfermagem começou a ser visto como menos importante, em detrimento da ciência que se desenvolvia e expandia; os métodos científicos foram assumindo o lugar da espiritualidade (WILKINSON; LEUVEN, 2010; TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007) e enfermagem passou a firmar-se nos processos fisiológicos, anatômicos, patológicos, entre outros, que a conduziram à adesão de um modelo biomédico de assistência.

A espiritualidade, portanto, se perdeu com o decorrer da história e, atualmente, diante da necessidade de resgate dos valores holísticos do ser humano, se encontra em processo de recuperação na enfermagem (CORTEZ, 2009). Os profissionais da saúde voltaram a investigar as relações entre saúde física, psicológica e espiritual e a pessoa passou a ser vista como um todo integrado de

corpo, mente e espírito (WILKINSON; LEUVEN, 2010; TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).

Apesar da espiritualidade se perder ao longo da história da enfermagem (CORTEZ, 2009), durante toda a construção dessa profissão, teorias e modelos teóricos apresentaram laços estreitos entre a espiritualidade e esta ciência.

A teoria é constituída por fenômenos, conceitos, premissas, definições e declarações, que tentam descrever, explicar e prever o comportamento humano, em que se tornam guias para identificação dos problemas, para levantamento e para a escolha das intervenções de enfermagem. Para Florence Nightingale, as teorias de enfermagem descrevem e explicam o que é e o que não é enfermagem (WILKINSON; LEUVEN, 2010).

A teoria das necessidades básicas de Virgínia Henderson (1955) teve como principal pressuposto a assistência de enfermagem integral aos pacientes até que eles próprios conseguissem cuidar de si novamente. Nessa teoria, foram identificadas 14 necessidades básicas que deviam ser atendidas pelos cuidados de enfermagem, entre as quais se encontra a necessidade de adoração de acordo com a própria fé (GEORGE, 2000).

Faye Abdellah (1960), em seu modelo teórico, descreveu fenômenos de atenção da enfermagem, tais como o funcionamento físico, o emocional, o intelectual, o social e o espiritual do paciente. Nessa teoria, foi desenvolvida uma relação de 21 categorias de problemas dos pacientes relacionadas a necessidades humanas; dentre essas, destaca-se: “facilitar o progresso dirigido à realização das metas espirituais pessoais” (McEWN; WILLS, 2009).

Martha Elizabeth Rogers, em sua teoria “A ciência do ser humano unitário” (1970) considerou o homem de maneira global, na sua totalidade e descreveu o mundo de forma holística e integrada (SÁ, 1994).

Betty Neuman (1974), no seu modelo de sistemas, com base na teoria geral dos sistemas, conhecido por Modelo dos Sistemas de Neuman, focou nas necessidades humanas de proteção e de alívio do estresse. Os pacientes foram considerados um sistema aberto, holístico, único e multidimensional e constituíam um composto dinâmico com cinco variáveis interativas, a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual, as quais interagem com o ambiente (McEWN; WILLS, 2009).

O Modelo de Adaptação de Roy (1976), da Irmã Callista Roy, teve como pressuposto filosófico que as pessoas se relacionassem mutuamente com o mundo e com Deus. Foi composto por quatro modos adaptativos: fisiológico; de autoconceito, com foco na integridade psicológica e na espiritual; de função papel (papel que o indivíduo ocupa na sociedade) e de interdependência (de relacionamentos próximos de pessoas e suas finalidades, estrutura e desenvolvimento), com os quais se realiza a resposta e a interação do paciente com o ambiente (GEORGE, 2000).

Para Madeleine Leininger (1980), em seu modelo de enfermagem transcultural, a religião, a tecnologia e os demais padrões contextuais, influenciam o cuidado e a saúde das pessoas. A pessoa foi vista como um indivíduo com crenças culturais específicas, que podem diferir das crenças de outras pessoas. Nessa teoria, juntaram-se, portanto, as culturas da pessoa, do enfermeiro e do sistema de saúde para poder aprimorar a prestação de cuidados de saúde (WILKINSON; LEUVEN, 2010).

A necessidade espiritual também está no modelo intersistema, proposto por Barbara M. Artinian (1983), segundo o qual a pessoa tem subsistemas biológicos, psicossociais e espirituais (McEWN; WILLS, 2009).

Na teoria de Jean Watson (1985), da ciência do cuidado como ciência sagrada, a abordagem espiritual foi compreendida no contexto de saúde, em que se buscou a harmonia de mente, de corpo e de espírito e o ser humano foi descrito como holístico e interativo. Nessa teoria, teve-se o reconhecimento de que as dimensões espirituais e éticas são os principais elementos do processo de cuidado humano. A teórica enumerou 10 fatores que representam as necessidades de cuidado relacionadas às experiências humanas. Entre esses fatores estão a fé e a esperança, o ambiente protetor, mental, físico, social e espiritual, a assistência às necessidades humanas e as forças existenciais fenomenológicas e espirituais (SANTOS, et al, 2002; McEWN; WILLS, 2009).

Portanto, existem diferentes teorias e modelos que podem nortear o cuidado espiritual realizado pela enfermagem, uma vez que são resultados da busca pela especificidade e pela formalização de conceitos e de conhecimentos que irão direcionar a enfermagem na busca de seus limites de atuação em relação a outros profissionais (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

Além das teorias de enfermagem, o cuidado espiritual ainda pode ser direcionado por sistemas de classificações específicos dessa ciência, que são conhecimentos estruturados nos quais os elementos substantivos de uma disciplina ou subdisciplina são organizados em grupos ou classes com base em suas similaridades (BLEGEN; REIMER, 1997).

A espiritualidade é o foco de atenção em diferentes classificações de enfermagem, tais como a taxonomia publicada pela NANDA-I (*Nursing American Diagnoses Association International*) que fornece o diagnóstico de enfermagem; as propostas de intervenções de enfermagem definidas na *Nursing Interventions Classification* (NIC), e os respectivos resultados, na *Nursing Outcome Classification* (NOC) (OLIVEIRA; PAULA; FREITAS, 2007).

Um diagnóstico de enfermagem é “o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais ou potenciais” (NANDA, 2010). O diagnóstico de enfermagem permite a seleção das intervenções de enfermagem, as quais se dão por qualquer tratamento que tenha por base o julgamento clínico e o conhecimento da enfermagem para se obter uma melhoria nos resultados do paciente (McCLOSKEY; JOANNE, 2004).

Com base na Taxonomia II da NANDA-I, há diagnósticos de enfermagem que podem ser relacionados à espiritualidade que são: disposição para bem-estar espiritual aumentado; sofrimento espiritual; risco de sofrimento espiritual; disposição para religiosidade aumentada; religiosidade prejudicada; risco de religiosidade prejudicada (NANDA 2010). Dentre as intervenções propostas pela NIC para esses diagnósticos está o apoio espiritual e a facilitação do crescimento espiritual (McCLOSKEY; JOANNE, 2004).

A intervenção de *Apoio espiritual* é definida como “assistência ao paciente para que sinta equilíbrio e conexão com um poder maior” (McCLOSKEY; JOANNE, 2004, p.409). Dentre as atividades propostas, destacam-se:

- Encorajar o uso de recursos espirituais, caso o paciente deseje;
- Oferecer artigos espirituais desejados;
- Encaminhar a um conselheiro espiritual escolhido pelo paciente;
- Estar disponível para escutar os sentimentos do paciente;
- Facilitar para que o paciente use oração, meditação ou outro ritual espiritual;
- Desenvolver um senso adequado à oração ou a rituais espirituais.

A “facilitação do crescimento espiritual” é uma intervenção definida como “facilitação do crescimento da capacidade do paciente para identificar, conectar-se com e chamar a fonte de sentido, propósito, conforto, força e esperança em sua vida” (McCLOSKEY; JOANNE, 200, p. 410). São propostas as seguintes atividades:

- Encorajar o diálogo para auxiliar o paciente a separar suas preocupações espirituais;
- Oferecer apoio individual e de oração grupal, quando necessário;
- Encorajar a participação em serviços religiosos e em programas de oração bem como o uso de celebrações e de ritos espirituais;
- Proporcionar um ambiente que estimule atividade contemplativa/meditativa para uma autorreflexão;
- Encaminhar para grupo de apoio ou de base espiritual, quando adequado;
- Encaminhar a religiosos ou provedores de atendimento espiritual, quando for necessário.

As intervenções de enfermagem são utilizadas para atingir os resultados de enfermagem, encontrados na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que descrevem o estado, os comportamentos, as reações e os sentimentos do paciente em resposta à assistência prestada (JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2004).

Para os diagnósticos apresentados, encontramos como resultado sugerido o “bem-estar espiritual”. Esse resultado apresenta indicadores totalmente relacionados à espiritualidade e, em especial, à oração. São eles: oração; adoração; participação em rituais e passagens espirituais; interação com líderes espirituais; meditação; expressão por meio de canções e leituras espirituais (JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2004).

Pode-se constatar, portanto, que o enfermeiro possui diferentes ferramentas norteadoras do cuidado espiritual. As classificações NANDA-I, NIC e NOC, por exemplo, podem oferecer subsídios em especial ao atendimento das necessidades espirituais. Assim, a justificativa de que a espiritualidade é um fenômeno pouco estabelecido na ciência de enfermagem e que há carência de referenciais que sustentem o cuidado espiritual parece ultrapassada.

Certamente, a provisão do cuidado espiritual é um grande desafio para a enfermagem, pois exige do profissional disposição e adoção de uma atitude solidária; capacidade para identificar sinais indicativos de necessidade espiritual

(ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2011); e habilidade de desenvolver e aplicar práticas que possam fortalecer a dimensão espiritual e ser fonte de apoio no momento apropriado. Entre tais práticas, a prece ou oração pode ser o primeiro contato com os conceitos espirituais, e pode ser utilizada como instrumento de melhoria pessoal e de fortalecimento do sentido da vida (BAVARESCO, 2010).

3.3 A PRECE

A prece é uma prática antiga de diferentes religiões. É associada a bem-estar, promoção de saúde, introspecção e espiritualidade. A partir da década de 1980, essa prática passou a ser assunto investigado em diversas e distintas pesquisas da área de saúde (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Há muito tempo, a prece bem como outros procedimentos considerados não convencionais, como o toque terapêutico, a auriculoterapia, têm sido utilizados na saúde, no processo de cura de diferentes enfermidades. Independentemente da religião, muitos possuem a crença de que a oração por meio da prece beneficia as pessoas no processo saúde-doença (TOSTA, 2004b).

A oração possui diferentes formas e usos para as pessoas que creem em seu poder e em sua influência. Ela tem muitos propósitos, expressões e significados para os pacientes e para suas famílias, bem como para os próprios profissionais. O ato de se envolver em oração apoia as experiências espirituais dos pacientes e traz períodos de intimidade com Deus, revela a presença e o amor de Deus, além de servir como uma fonte de conforto e de esperança (WILKINSON; LEUVEN, 2010).

A palavra prece se origina do latim *prex*, *precis* e significa pedidos, súplicas ou desejos. Existem várias formas de prece como: reflexão; comunhão silenciosa com Deus; leitura de orações formais; invocação de Deus em voz alta ou em silêncio; conversa com Deus (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).

Neste estudo a prece do tipo petição foi definida pela oração que se pede algo para si, quando a pessoa que ora pede algo para si mesma e apresenta a Deus as suas próprias necessidades e, na definição de prece por intercessão, utilizada neste estudo, a pessoa que ora, pede algo para outra, ou seja, busca-se um resultado para o outro (CABRAL, 2009; TOSTA, 2004a; WILKINSON; LEUVEN, 2010).

A prece intercessória (PI) pode ser feita para alguém imediatamente dentro da visão ou do toque, mas também à distância e seus efeitos podem transcender os limites habituais de tempo e espaço (CABRAL, 2009). É uma das intervenções mais antigas e comuns usadas com a intenção de aliviar uma doença e promover a saúde e é considerada, em algumas sociedades, como uma intervenção terapêutica, em que muitos povos, independentemente da religião, ou mesmo sendo ateus, consideram seu benefício para pessoas doentes (FOSTER, 1992; BENSON, 1996; TOSTA, 2004a).

A PI pode ser definida como: oração realizada por uma ou mais pessoas em nome de outra (AVILES, 2001); oração que solicita a intervenção de Deus ou de assistência para benefício do outro (CHA, 2004); e oração para o bem estar do outro (MATTHEWS; CONTI; SIRECI, 2001).

Os efeitos da prece parecem que não são limitados no tempo e espaço, não obedecem às leis da física clássica, se decorrer de algum tipo de energia; é algo que vai além, que transcende a energia física (DOSSEY, 1993; OLSHANSKY; DOSSEY, 2003).

Pesquisadores (KAPOGIANNIS et al, 2009; PERSINGER, 2009; NEWBERG; IVERSEN, 2003), instigados em saber como estariam as funções cerebrais durante um momento de oração, estudaram a relação entre o envolvimento religioso e a saúde, com a introdução de exames não invasivos como ressonância magnética funcional, tomografia computadorizada, entre outros (SAVIOLI, 2007). Newberg e colaboradores (2003) realizaram estudo com técnicas de neuroimagem com freiras franciscanas e monges budistas, o qual mostrou que durante prece meditativa os sujeitos de pesquisa apresentaram alterações do fluxo sanguíneo em determinadas áreas do cérebro.

De acordo com estudo de Murphy (2010), pessoas que se envolvem em práticas espirituais e que têm um histórico de experiências místicas possuem elevados sinais do lobo temporal. Na atividade desse lobo, encontram-se estruturas eletricamente instáveis, a amígdala (estrutura afetiva) e o hipocampo (estrutura cognitiva), os quais, nas experiências místicas estão mais ativados; observa-se que, na experiência de oração e de fé, ocorre a prevalência da amígdala esquerda e na meditação e na introspecção, a do hipocampo direito (MURPHY, 2010).

Em ensaio de Newberg e Lee (2005), para revisar estudos que contribuem para o entendimento da neuropsicologia dos fenômenos religiosos, pôde-se

constatar que qualquer pensamento ou sentimento percebido no cérebro tem efeitos sobre as funções do corpo. Com isso, observa-se uma atividade do sistema nervoso autônomo, que revela uma mudança na taxa de pressão sanguínea, com práticas religiosas e espirituais como a oração e a meditação (NEWBERG; LEE, 2005).

Beauregard e Paquete (2008) realizaram estudo com 14 carmelitas durante uma experiência mística com utilização de eletroencefalografia. Esses autores concluíram que tais experiências de oração e fé implicam alterações de várias áreas corticais do cérebro em ambos os hemisférios, direito e esquerdo, como as regiões esquerda e central do lobo frontal e parietal, com a região direita do lobo temporal e parietal (BEAUREGARD; PAQUETE, 2008).

Wang et al (2011) ao estudar dez indivíduos, descobriam que as regiões frontal do cíngulo anterior do sistema límbico e os lóbulos parietais foram afetados durante duas práticas de meditação, utilizadas para resultar em sentimentos de maior sensibilização e redução de estresse (figura 1).

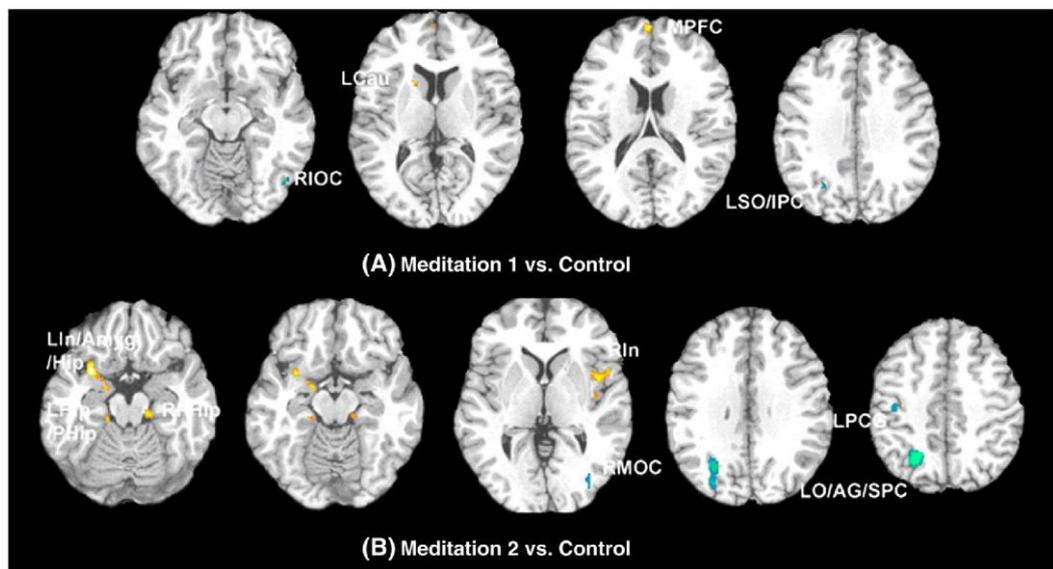


Figura 1: Cortes axiais de resultados do grupo de análise que mostram aumento (vermelho e laranja) e diminuição (azul e verde) do fluxo sanguíneo cerebral durante a meditação em relação ao grupo controle.

Fonte: Wang et al (2011)

Além de estudos que investiguem a função cerebral durante uma experiência mística, durante uma meditação e um momento de oração, nos últimos tempos, investigações têm sido feitas para se avaliar as alterações funcionais de indivíduos durante a prece.

Bernardi et al (2001), em seu estudo sobre prece, evidenciaram a importância da oração do terço na estabilização do sistema nervoso autônomo, em que 23 indivíduos normais foram submetidos a eletrocardiograma de repouso, a registro contínuo da respiração e da pressão arterial e à determinação do fluxo cerebral.

O uso de oração tem sido descrito em diversas doenças crônicas, como diabetes, câncer e patologias cardíacas (YEH et al, 2002; GARROW; EGEDE, 2006; WHITE; VERHOEF, 2006; UPCHURCH; CHYU, 2005).

Em estudo com pessoas diagnosticadas com câncer, pôde-se constatar que a oração geralmente é a terapia alternativa e complementar mais utilizada, com 68,5% de adultos norte-americanos diagnosticados com câncer fazendo uso com frequência da oração (ROSS et al, 2008).

Diversos estudos (BENSON et al, 2006; ASTIN et al, 2006; KRUCOFF et al, 2005; SESKEVICH et al, 2004; KRUCOFF et al, 2001; MATTEHEWS; CONTI; SIRECI, 2001; AVILES, 2001; CHA; WIRTH, 2001) têm investigado o efeito da prece, especificamente, intercessória, sobre pessoas com vários tipos de patologia.

Byrd (1988), em seu estudo com pacientes internados em unidades coronarianas, obteve menores escores de gravidade para o grupo de PI. Nesse mesmo estudo, e o grupo controle necessitou com maior frequência de assistência ventilatória, de antibióticos e de diuréticos. Krucoff et al (2001), ao examinar o efeito das terapias noéticas em pacientes com intervenções coronarianas agudas, concluiu que a menor taxa de complicação foi observada nos pacientes que receberam PI. Matthews; Conti; Sireci (2001) obtiveram como resultado um aumento significativo no bem-estar dos pacientes em tratamento de hemodiálise que tiveram a expectativa de receber a oração de intercessão.

Apesar dos diferentes estudos sobre prece, ainda há uma grande lacuna na literatura a respeito do tema devido a sua complexidade e subjetividade.

Em alguns estudos (ASTIN et al 2006; KRUCOFF et al, 2005; AVILES, 2001; BENSON et al 2006; KRUCOFF et al, 2001; CHA; WIRTH, 2001) puderam ser observadas a presença de limitações como falta de avaliação das crenças dos pacientes; a não padronização da prece, em relação ao momento em que a prece deve ser introduzida; a forma com que ela é realizada; o início, o término e a duração da mesma. Dessa forma, não se tem uma conclusão sobre o uso da prece, em virtude dessas limitações.

Segundo Aviles (2001), a temática deve ser incluída em futuras pesquisas, com a utilização de uma oração mais padronizada, com frequência e registros das atividades de intercessão. Portanto, é relevante continuar a avaliação científica do efeito da prece na tentativa de se validar sua utilização para pessoas doentes e possibilitar seu emprego pelos profissionais de saúde (TOSTA, 2004b). O investimento em estudos sobre prece poderá estabelecer métodos eficientes de utilização da mesma não somente na prática clínica, como também no ensino e na pesquisa.

3.3.1 A prece e o cuidado espiritual de enfermagem

A prece é uma atividade proposta como intervenção de enfermagem (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004) e uma estratégia para suprir as necessidades espirituais do paciente.

O ato de rezar é uma atividade espiritual frequente para muitas pessoas, o qual promove bem-estar, facilita o processo de saúde/doença e proporciona alguns ganhos para a saúde (CALDEIRA, 2009). Como alguns pacientes estão acostumados a períodos regulares de oração, durante o processo de tratamento e recuperação da saúde, podem pedir ao enfermeiro para rezar com eles ou esperar que o próprio profissional sugira isso; o qual, por sua vez deve investigar como esses pacientes gostariam de rezar e que tipo de oração desejam realizar (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007). O enfermeiro deve procurar conhecer as crenças e práticas religiosas do paciente, por meio de uma coleta de dados; outra forma, a prática da oração seria desrespeitosa.

A prática da prece pode ser realizada em privativo ou em grupo; ser formal ou informal; verbal ou não verbal; em forma de cântico ou de salmos e pode estar associada a rotinas ou eventos da vida, como por exemplo, durante as refeições. Essa prática pode estar acompanhada da utilização de objetos simbólicos, como terços, imagens, velas, incensos, crucifixo, símbolos que facilitem a oração e o início do diálogo acerca desse assunto (DIJOSEPH; CAVENDISH, 2005; CALDEIRA, 2009).

Há algumas práticas de oração, propostas por Wilkinson, Leuven (2010), que são realizadas por meio de leitura de trechos bíblicos, de acordo com a necessidade de cada paciente. São elas:

- Isaías 55,7, Mateus 6, 9-15 ou Salmo 51 são trechos bíblicos utilizados quando há necessidade de abordar sentimentos de perdão e de culpa, de pedido de misericórdia a Deus;

- João 14 ou Salmo 23, podem ser utilizados para os pacientes que necessitam sentir conforto, para se apoiarem na crença de que nada falta àqueles que têm Deus;

- Salmo 42 pode promover apoio espiritual por meio da esperança, uma vez que trata da espera em Deus;

- 1 Coríntios 12, pode ser utilizado aos pacientes com necessidade de um relação pessoal com Deus.

Para Dijoseph e Cavendish (2005), o enfermeiro deve realizar uma investigação espiritual na busca da compreensão do nível de espiritualidade do paciente, além disso, deve realizar atividades como incentivo às práticas da prece, da busca de líderes religiosos, de pastores ou de padres. Quando o enfermeiro partilhar das mesmas crenças que o paciente e reconhecer que rezar é uma atividade relevante para o mesmo, o profissional pode se oferecer para rezar com ele, entretanto só pode rezar com o consentimento do mesmo (CALDEIRA, 2009).

Para Narayanasamy (2006), a atenção às necessidades espirituais do paciente consiste em respeitar a privacidade do mesmo; ajudá-lo em sua concentração; escutar suas preocupações; fornecer conforto e sossego, respeitando suas crenças religiosas.

Vale ressaltar que os enfermeiros precisam sentir-se confortáveis com sua própria espiritualidade ao prover o cuidado espiritual (MINER-WILLIAMS, 2006). E, antes de tentarem compreender as variedades de experiência religiosa, precisam ter autoconhecimento e pensar também em sua própria espiritualidade (WILKINSON; LEUVEN, 2010).

Ainda, a pessoa pode ser profundamente espiritualizada e não professar uma religião, portanto o enfermeiro não deve interpretar o fato do paciente não pertencer a uma religião organizada como ausência de necessidades espirituais e também não deve impor alguma crença ou prática espiritual (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007; DALMIDA, 2006).

Diante do exposto, podem-se observar diferentes formas de atender à necessidade de oração do paciente. Sua prática é livre, sendo realizada formal ou informalmente, por meio de orações espontâneas, de um diálogo com o divino, com

cânticos ou com salmos. O enfermeiro pode promover condições para que o paciente faça suas orações e ainda pode participar da prática da prece intercessória, tanto com o paciente como com sua família, de maneira a estabelecer o conforto espiritual.

Ainda há, entretanto, muita resistência e dúvida a respeito dessa prática, não só no que se refere à eficácia da mesma, como também à maneira como deve ser realizada. É necessário, dessa forma, a realização de estudos em ambiente clínico que possam estabelecer sua validade e contribuir, a partir dos dados obtidos, para o desenvolvimento de protocolos que assegurem a utilização adequada da prece pela equipe de enfermagem.

3.3.2 A prece, o câncer e a ansiedade

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer pode ser uma doença genética, em que o processo se inicia com um dano a um gen ou a um grupo de genes de uma célula e esse processo avança quando os mecanismos do sistema imunológico de reparação ou de destruição celular falham. Essa doença é um problema de saúde pública para o mundo desenvolvido e para os países em desenvolvimento. A incidência do câncer cresce no Brasil assim como em todo o mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

No país, as estimativas de ocorrência do câncer para o ano de 2012, válidas também para 2013, apontavam aproximadamente 518.510 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes seriam, para os homens, câncer de pele não melanoma, seguido do câncer de próstata, de pulmão, de cólon/reto e de estômago; para as mulheres, também se destaca o câncer de pele não melanoma, seguido do câncer mama, de colo do útero, de cólon e reto, de glândula tireoide e de pulmão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A exposição aos fatores de risco como idade, gênero, herança genética, hábitos alimentares, uso de tabaco e álcool, é cumulativa no tempo e, conseqüentemente, o risco de câncer aumenta com a idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O tratamento do câncer pode ser realizado por meio de cirurgia, de radioterapia, de quimioterapia ou de transplante de medula óssea. O Ministério da Saúde (2012a) o descreve da seguinte maneira:

- Radioterapia: as radiações são utilizadas para destruir um tumor ou impedir o aumento de suas células; pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou com outros recursos de tratamento;

- Quimioterapia: combate o câncer por meio de medicamentos, que são aplicados em sua maioria por via intravenosa, mas também podem ser administrados por via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal; esses medicamentos destroem as células que formam o tumor e impedem que as mesmas se espalhem pelo organismo. Esse tipo de tratamento pode ocasionar alguns efeitos colaterais como fraqueza, perda ou aumento de peso, feridas na boca, alopecia, náuseas, entre outros;

- Transplante de medula óssea: tratamento utilizado para doenças malignas que afetam células sanguíneas; a medula óssea é substituída por células normais de medula óssea para ocorrer a reconstituição de uma nova medula.

Além desses tratamentos com intenção curativa, há o tratamento com intenção paliativa, usado quando a doença está em estágio mais avançado e os sintomas se tornam difíceis de controlar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Esses cuidados visam à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, do tratamento da dor e das demais necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais (SEPÚLVEDA et al, 2002).

Os pacientes com câncer podem recorrer às terapias alternativas e complementares para ajudá-los tanto em problemas de saúde quanto na prevenção da doença. Pacientes com câncer ou portadores de doenças imunológicas, além do tratamento convencional, recebem tratamentos complementares, como homeopáticos; fitoterápicos; imunoterápicos; de toque terapêutico, de terapia artística, de relaxamento, de visualização, de meditação. São tratamentos que visam tornar o paciente mais colaborador na promoção, na prevenção e na recuperação da doença e permitem uma atuação integral no cuidar, além de melhorar a qualidade de vida durante o processo de doença (NUÑEZ; CIOSAK, 2003).

Dentre as terapias alternativas e complementares, segundo Barnes et al (2004), a prática da oração é a atividade mais usada. Comumente, as pessoas com câncer utilizam a oração para uma melhora de sua saúde, com obtenção de efeitos benéficos para si (ROSS et al, 2008; LENGACHER et al, 2002; MERAVIGLIA, 2002).

O diagnóstico de câncer, bem como seu tratamento, resultam em grande estresse e ansiedade para o paciente (JORGE; SILVA, 2010; BERTAN; CASTRO,

2009; FORTES et al, 2007). A quimioterapia, por exemplo, proporciona benefícios por combater o câncer, entretanto provoca danos físicos, químicos ou psicológicos aos pacientes, que, por sua vez, geram estresse e ansiedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Dessa forma, diante ao diagnóstico do câncer, do tratamento e da reabilitação da doença, o paciente depara-se com diversos sentimentos negativos e com a necessidade de lidar com os mesmos. A presença de medo e de angústia gera grande ansiedade, que é uma resposta dinâmica à ameaça percebida (MEDEIROS; OSHIMA; FORONES, 2010; TRAEGER et al, 2012; FRICK et al, 2007).

A presença do câncer proporciona incerteza e insegurança não só ao paciente, como também a sua família, que passam a conviver com uma luta constante pela vida; conseqüentemente, o diagnóstico de câncer e a ansiedade permanecem juntos (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008).

Por sua vez, a ansiedade resultante da doença irá afetar o bem-estar espiritual, físico, social e também o bem-estar psicológico. Portanto, o alívio da ansiedade na área de oncologia é uma das prioridades no planejamento de intervenções de enfermagem (MOREIRA; CARVALHO, 2005).

Vasconcelos et al (2008) constataram em seu estudo que os sintomas de ansiedade sofridos pelos pacientes de oncologia se dão principalmente pela associação entre o câncer e a iminência de morte e pela ausência da família. Os sintomas de ansiedade encontram-se mais evidentes durante a internação, uma vez que o paciente admitido em uma instituição hospitalar, além de ter que lidar com um ambiente e situações desconhecidas, muitas vezes permanece sem informações acerca de sua doença e até mesmo sobre o tratamento (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008).

O termo ansiedade provém do grego *anshein*, que significa oprimir, sufocar (BARROS et al, 2003; LIN et al, 2011). Entende-se por ansiedade a resposta emocional comum a um fator estressante ou a uma ameaça conhecida ou desconhecida, que tem elementos fisiológicos e psicológicos. Pode variar conforme sua identidade e duração, de normal a anormal (WILKINSON; LEUVEN, 2010; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Há quatro tipos diferentes de ansiedade: a ansiedade situacional que está relacionada aos tratamentos e procedimentos; a ansiedade existencial, relacionada

à incerteza da doença, do sofrimento e da morte; a ansiedade psiquiátrica e a orgânica (STIEFEL; RAZAVI, 1994; TRAEGER et al, 2012).

A ansiedade e o estresse são fundamentais à manutenção da vida por impulsionar a busca pelo equilíbrio interno do organismo e por levar à adaptação ao ambiente, entretanto, quando a intensidade dos sintomas impede a adaptação e traz consequentemente uma sobrecarga, de ordem física ou emocional, prejudica a pessoa, tornando-se patológica (SHAROVSKY, 2010; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Segundo a Taxonomia II da NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association International*) (2010), a ansiedade é considerada um fator relacionado para o diagnóstico de “angústia espiritual” e também, juntamente com o estresse, é considerada um fator de risco psicossocial para o diagnóstico de “risco de angústia espiritual”. Além disso, “ansiedade” é um diagnóstico proposto pela NANDA-I (2010), cuja definição é dada por:

Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA, 2010, p.264)

Durante os tempos de estresse e de ansiedade, muitas pessoas procuram apoio em sua fé religiosa. Práticas religiosas como oração, leitura devotada, entre outras, podem fazer espiritualmente aquilo que os exercícios protetores fazem para o corpo fisicamente (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).

Os elevados níveis de ansiedade provocam mudanças no corpo por ativarem o sistema nervoso simpático, a liberação de hormônios adrenal-medular, noradrenalina e adrenalina e por provocarem aumento da frequência cardíaca ou da respiratória bem como da pressão arterial (LIN et al, 2011). Para a enfermagem, a taquicardia, com frequência cardíaca acima de 100 batimentos, a respiração aumentada e pressão arterial aumentada são características definidoras de alguns diagnósticos de enfermagem, inclusive a ansiedade (POTTER; PERRY, 2009; NANDA, 2010).

A faixa aceitável, em adultos, para a frequência cardíaca é de 60 a 100 bpm; para a frequência respiratória, é de 12 a 20 movimentos respiratórios por minuto

(mrpm); e a variação normal de pressão arterial é de 100 a 120 para sistólica e de 60 a 80, para diastólica; a pressão considerada ideal para um adulto é de 120/80 mmHg (WILKINSON; LEUVEN, 2010; POTTER; PERRY, 2009).

Observa-se que a ansiedade, quando em alto nível, pode diminuir a habilidade da pessoa em agir e em pensar e pode provocar respostas físicas e/ou mentais como alteração da frequência cardíaca e da respiratória (Figura 2)



Figura 2: Respostas físicas e mentais à ansiedade grave
Fonte: WHITE, DUNCAN, BAUMLE (2012)

A ansiedade e o estresse têm sido correlacionados com a produção de vários biomarcadores salivares, entre eles, o cortisol (JESSOP et al, 2007; SOO; CHOON, 2007), que é um hormônio glicocorticoide sintetizado nas células do córtex das glândulas suprarrenais, distribuído pelos meios fluidos do corpo (urina, sangue e saliva), cuja produção é controlada pelo hormônio adrenocorticotrófico (SARAIVA; FORTUNATO; GAVINA, 2005; SHAROVSKY, 2010). Esse último hormônio é sintetizado na adeno-hipófise e sua liberação é estimulada pelo hormônio libertador de corticotrofina, cuja liberação é dada pelo ritmo circadiano, sendo estimulado pelo estresse (SARAIVA; FORTUNATO; GAVINA, 2005).

Dessa forma, em situações de estresse e de ansiedade, aumenta-se a liberação do hormônio libertador de corticotrofina, a qual estimula a adeno-hipófise a liberar o hormônio adrenocorticotrófico, que, por sua vez, estimula a secreção de hormônio cortisol pelo córtex da suprarrenal, e aumenta a quantidade do hormônio cortisol.

O padrão de secreção do cortisol possui ritmo circadiano; no organismo humano, há várias atividades fisiológicas e padrões de secreção hormonal que demonstram um ritmo circadiano, as quais são influenciadas por luz e por escuridão

(BERNE; LEVY, 1998). O ritmo circadiano, em condições naturais, apresenta sincronização com fatores ambientais e oscila com um período de 24 horas (ALMONDES; ARAÚJO, 2003). Constata-se que o pico de secreção do cortisol ocorre no acordar e seus níveis mais baixos ocorrem no início da noite, portanto, seus níveis declinam ao longo do dia (SARAIVA; FORTUNATO; GAVINA, 2005).

O cortisol entra na saliva por difusão passiva ou por outros meios que não dependem de um mecanismo ativo; seu nível na saliva é de 3.5 a 27.0 mg/dl e sua dosagem é considerada um procedimento simples, não invasivo, menos susceptível de causar estresse e não representa riscos para o paciente (SOO; CHOO, 2007; SHAROVSKY, 2010).

Tem sido cada vez mais frequente o desenvolvimento de pesquisa que procuram realizar a dosagem de cortisol salivar, avaliando a fração do hormônio, cujos resultados são eficazes na mensuração do estresse e da ansiedade, o que confirma o aumento da secreção desse hormônio em ambas as condições (CASTRO; MOREIRA, 2003; JESSOP et al, 2007).

A dosagem de cortisol salivar é utilizada em vários tipos de estudos, como para verificação e para controle de indicadores de estresse em atletas (JORGE; SANTOS; STEFANELLO 2010); para avaliação de estresse ocupacional com médicos, com equipes de emergência e com estudantes (SOO; CHOON, 2007); e em estudos realizados com paciente com câncer (ANTONI et al 2009; NUNES et al, 2007; RAGHAVENDRA et al, 2009).

Em estudo realizado em mulheres com câncer de mama submetidas à radioterapia adjuvante e distribuídas aleatoriamente em grupos para receber yoga ou terapia de suporte breve, foi observado que, por meio da avaliação dos níveis de cortisol salivar, a yoga promoveu reduções significativas na ansiedade (RAGHAVENDRA et al, 2009).

Estudos que avaliaram a relação entre as práticas religiosas e os níveis de cortisol constataram uma relação inversa entre o nível de cortisol e o bem-estar espiritual, ou seja, pessoas com maior espiritualidade/religiosidade apresentaram menores índices de cortisol (CARRICO, 2006; MIHALJEVIC et al, 2011).

Pode-se observar que atividades parecidas com a prece, como musicoterapia e meditação promovem o relaxamento e reduzem a ansiedade (NASCIMENTO, 2006; FARIA et al, 2021; MENEZES; DELL'AGLIO, 2006).

O'Laoire (1997) avaliou o efeito da prece intercessória direcionada, pedindo para que Deus reduzisse a ansiedade do paciente ou não-direcionada, para que fosse feita a vontade de Deus para aquele paciente, sobre a saúde psicológica dos sujeitos de pesquisa; a prece foi realizada por 15 minutos por dia durante 12 semanas. Esse autor observou que houve uma melhora em todos os parâmetros avaliados (autoestima, depressão, humor e ansiedade) nos indivíduos que receberam a prece e que não houve diferença entre o efeito da prece direcionada e não-direcionada.

Para Cuellar et al (2003), as pessoas com câncer são mais propensas a usar a oração para a saúde do que outras modalidades de medicina alternativa. Em estudo com amostra de mulheres com câncer de mama, pôde-se observar que, entre as técnicas para reduzir o estresse, 49% de todas as participantes utilizavam da oração e da cura espiritual, seguido, posteriormente, por grupos de apoio (37%) e de humor ou de terapia do riso (21%) (LENGACHER et al, 2002).

Guerrero et al (2011) concluíram em seu estudo que a espiritualidade pode ser uma estratégia para o enfrentamento do câncer, uma vez que a pessoa passa a dar significado ao seu processo saúde-doença de maneira que a fé irá minimizar seu sofrimento, dando mais esperança de cura e servindo de apoio durante o tratamento.

Dessa forma, diante ao diagnóstico e do tratamento do câncer, bem como do sofrimento e da ansiedade ocasionados pelo mesmo, a aplicação da prece torna-se uma estratégia a ser adotada uma vez que sua utilização é acessível a todos e não acarreta danos para o paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quase experimental do tipo pré e pós-intervenção, com análise quantitativa e comparativa dos dados.

Os desenhos experimentais ou quase experimentais são utilizados para testar as intervenções de enfermagem (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A pesquisa quase experimental é um delineamento realizado para estudos quantitativos em que não é possível um controle experimental completo; nela, há a manipulação da variável independente, entretanto, não há grupo controle ou randomização, ou ambos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Os estudos quase experimentais são viáveis e possíveis de generalização, porém não subsidiam afirmações de causa e efeito claras. Esse tipo de estudo, entretanto, traz importante contribuição à prática de enfermagem, uma vez que pode auxiliar a desenvolver habilidade e o conhecimento comuns que irão embasar a competência profissional (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no setor de internação da Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro de Alfenas-MG, no período de fevereiro a dezembro de 2012. Esse hospital atende pacientes residentes no município de Alfenas e da região (cidades que compõem a Gerência Regional de Saúde, GRS/Alfenas), em que são realizadas consultas oncológicas, tratamento de quimioterapia e cirurgias oncológicas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), por convênios e por particulares.

O hospital conta com três unidades de internação clínica que também atendem o serviço de oncologia para tratamento de quimioterapia endovenosa contínua. Os setores são constituídos por cerca de cinco a 18 quartos, que abrigaram cerca de dois a cinco leitos por quarto.

A internação do paciente para a realização do tratamento quimioterápico ocorre quando há necessidade da administração do medicamento continuamente, num período de 24 horas, ou quando os pacientes são de municípios longes de

Alfenas, para evitar seu deslocamento ou, ainda, quando o paciente se apresenta em estado de saúde mais grave.

Normalmente, a internação ocorre no período da manhã, na segunda-feira e a sessão de quimioterapia é iniciada ainda nesse período, em torno das 10 horas. O paciente permanece em seu leito recebendo a quimioterapia por meio de uma bomba de infusão por cerca de dois a cinco dias.

A administração da quimioterapia é contínua por um período de 24 horas, sendo os frascos de medicação trocados por volta das nove horas da manhã, quando termina o frasco do dia anterior.

Quando necessário, os pacientes retornam ao setor de internação para continuar o tratamento, após aproximadamente 15 a 30 dias, conforme prescrição médica.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população escolhida para o estudo foi de 50 pacientes que realizavam o tratamento de quimioterapia antineoplásica intravenosa de forma contínua, durante o período de fevereiro a dezembro de 2012, em unidade de internação da Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro de Alfenas.

Esse tratamento requer uma assistência de forma contínua do enfermeiro, uma vez que o paciente permanece internado. Além da quimioterapia, o paciente tem que lidar com a internação, pois é retirado de sua rotina normal. Essas condições aumentam a necessidade espiritual porque é difícil para o indivíduo suprir essa necessidade por estar internado e por lidar com as dificuldades do tratamento, o que fundamenta a escolha da população, uma vez que esse é um momento propício para a aplicação da prece.

A seleção da amostra foi realizada por conveniência, de forma que foram considerados elegíveis todos os indivíduos que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser portador de câncer; ter mais de 18 anos; aceitar participar da pesquisa e estar em tratamento de quimioterapia; desejar receber a prece; estar clinicamente estável. Os critérios de exclusão considerados foram: presença de surdez, uma vez que a prece é aplicada por fone de ouvido; não apresentar limitações que comprometam a fala, tem em vista que a coleta de dados é realizada por entrevista; estar apto para a coleta do cortisol basal às 8 horas da manhã e

realizar mais de três aplicações de quimioterapia durante o período de coleta de dados.

O último critério de exclusão foi determinado de forma a permitir a repetibilidade da intervenção em estudo (prece), o que é necessário para aumentar a credibilidade dos dados obtidos, conforme sugerem Polit; Beck e Hungler (2004).

Desta população, foram selecionados 25 pacientes que preencheram os critérios de inclusão e exclusão. Houve uma perda amostral de quatro indivíduos e 21 não atenderam aos critérios de inclusão ou exclusão. Portanto, participaram 25 pacientes que foram divididos em dois grupos: Grupo 1, formado por 20 voluntários que receberam a intervenção da prece e Grupo 2, denominado de grupo controle branco formado por cinco pacientes que não receberam a prece; para cada cinco pacientes do grupo que recebeu intervenção, incluía-se um paciente no grupo controle. Não houve possibilidade de ter um grupo controle proporcional ao grupo tratado devido ao tamanho da população em estudo, portanto optou-se por utilizar um grupo controle branco, conforme Silva et al (2011).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas/MG sob o protocolo número 063/2011 (ANEXO A). Cumprindo os demais preceitos éticos, segue em apêndice a carta de autorização para se realizar o estudo no Hospital Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro de Alfenas, assinada pelo administrador da instituição (APÊNDICE A).

Os pacientes foram esclarecidos sobre o objetivo e a metodologia do estudo, após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B); os dados foram coletados cumprindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETAS DE DADOS

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram:

4.5.1 Questionário de características sociodemográficas, clínicas e espirituais

O questionário de características sociodemográficas, clínicas e espirituais (APÊNDICE C), com a finalidade de permitir a caracterização da amostra, foi construído pela pesquisadora, com base nos objetivos deste estudo e na literatura disponível pelo INCA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O instrumento foi submetido a um processo de “refinamento” (APÊNDICE D) por três juízes com experiência no tema investigado, para análise da clareza e da abrangência dos itens, da facilidade de compreensão, de extensão e da forma de apresentação (GALDEANO, 2007).

Após o “refinamento”, o instrumento foi adaptado com as sugestões propostas pelos juízes e submetido a um pré-teste.

4.5.2 Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL)

O *Duke Religious Index*, Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (escala DUREL) (ANEXO B), foi desenvolvido por Koenig; Patterson e Meador (1997) nos Estados Unidos. A versão em português foi realizada por Moreira-Almeida et al (2007). A escala possui cinco itens que captam três das dimensões da religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO); não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI).

Os primeiros dois itens que abordam a RO e RNO foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e mostraram relação com indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros itens referem-se à RI; são os três itens da escala de RI de Hoge (1972) que melhor se relacionam com a pontuação total nessa escala e com suporte social e com desfechos em saúde; as opções de resposta desses três últimos itens estão em escalas do tipo *Likert*. As pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser consideradas separadamente e os escores das mesmas não devem ser somados em um escore total (KOENIG; PATTERSON; MEADOR, 1997). Portanto, para RO e RNO, escore menor que três caracteriza uma alta religiosidade; maior que três, baixa religiosidade e para RI, escore menor que 7,5 caracteriza alta religiosidade e maior que 7,5, baixa religiosidade.

Estudo de Taunay et al (2012) abriu perspectivas para a investigação das dimensões da religiosidade em amostras brasileiras com características sociodemográficas diversas, mostrando que a versão em português brasileiro da DUREL tem adequada consistência interna (α de Cronbach $> 0,80$) e confiabilidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclasse $> 0,90$).

4.5.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (ANEXO C) é um instrumento que avalia o traço de ansiedade (IDATE-T) e o estado de ansiedade (IDATE-E) em construtos distintos.

O IDATE, criado por Spielberger e colaboradores (1970) e validado no Brasil por Spielberger; Gorsuch; Lushene (1979), é constituído de 40 afirmações a respeito dos sentimentos da pessoa, distribuídas em duas partes, o traço e o estado de ansiedade (GAMA et al, 2008). Cada parte consiste de 20 afirmações descritivas de sentimentos pessoais, que permitem graduação em relação à intensidade com que estão ocorrendo naquele momento (estado de ansiedade) ou em relação à frequência com que ocorrem geralmente (traço de ansiedade) (GAMA et al, 2008).

Os escores do estado de ansiedade flutuam no tempo e variam em intensidade conforme o perigo percebido (KIYOHARA et al, 2004). Os escores de traço de ansiedade são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo (KIYOHARA et al, 2004; CAUMO et al, 2002).

O indivíduo, ao responder o questionário, deve levar em consideração uma escala de quatro itens, de 1 a 4, em que “estado” significa como a pessoa se sente no “momento” e “traço” como ela “geralmente se sente”. O escore de cada parte varia de 20 a 80 pontos, e indica baixo grau de ansiedade (0-30), grau mediano de ansiedade (31-49) e grau elevado de ansiedade (maior ou igual a 50) (ANDREATINI et al, 1993).

A confiabilidade do inventário, avaliada pelo coeficiente de Cronbach é alta e indica que os itens da versão em Português do IDATE são bastante homogêneos (ANDRADE et al, 2001).

4.5.4 Formulário com registro dos valores de sinais vitais e cortisol salivar

O instrumento com registro dos valores da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e cortisol salivar (APÊNDICE E), foi criado por esta pesquisadora para a anotação dos valores dos mesmos durante a coleta.

4.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em três momentos. A **primeira coleta** foi realizada com objetivo de traçar o perfil dos sujeitos quanto às características sociodemográficas e clínicas; espirituais (DUREL); o perfil de ansiedade (IDATE Traço e Estado); o valor do cortisol às 8 horas, denominado cortisol basal e a aferição da frequência cardíaca, da respiratória e da pressão arterial. Nesse primeiro contato, os pacientes foram esclarecidos quantos aos objetivos e aos métodos da pesquisa e confirmaram a participação, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As coletas seguintes foram realizadas como **pré-intervenção**, feita antes da aplicação da prece e **pós-intervenção**, feita depois da aplicação da prece.

Apesar de os instrumentos utilizados neste estudo serem autoaplicáveis, optou-se pela coleta em forma de entrevista, por facilitar a participação dos sujeitos que estivessem com o braço imobilizado por infusão venosa ou que tivessem baixo nível de escolaridade.

A coleta de cortisol salivar foi realizada com coletas de 1,0 ml de saliva, utilizando o tubo especial de coleta Salivette® (Figura 3), segundo a proposta de Sharovsky (2010) e Soo, Choon (2007).

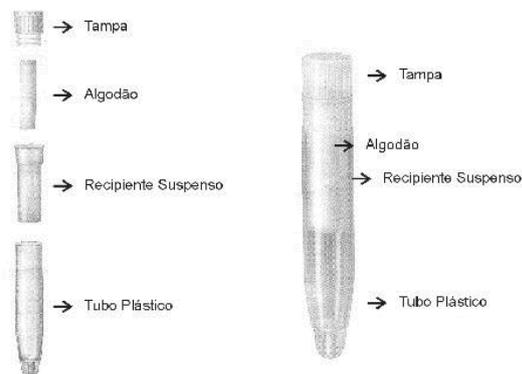


Figura 3: Tubo Salivette
Fonte: HERMES PARDINI (2012)

A escolha da coleta de saliva por meio do Salivette® deu-se de acordo com Soo, Choon (2007) que apresentam vários métodos para a dosagem do cortisol na saliva, classificados em duas principais técnicas, uma que utiliza algodão com base (Salivette®) e outra que utiliza algodão sem base.

Antes de realizar a coleta, o paciente foi questionado sobre o horário de sua última alimentação e escovação dos dentes, pois não é permitido qualquer tipo de alimentação ou bebida (exceto água) por um período de 30 minutos antes da coleta (HERMES PARDINI, 2012). Caso essas atividades tivessem ocorrido há menos de 30 minutos, o examinador aguardava esse tempo mínimo necessário.

Após a orientação sobre o procedimento de coleta da saliva, o pesquisador, com uma luva de procedimentos, colocava o algodão na boca do paciente, debaixo da língua e, aguardava três minutos para que o algodão ficasse encharcado com saliva. O mesmo era, então, removido e colocado no tubo Salivette (Figura 4). Esse tubo foi armazenado em uma bolsa térmica com gelo e imediatamente encaminhado ao Laboratório Central da UNIFAL-MG. Esse laboratório manteve as amostras sobre refrigeração entre 2 a 8 °C e, em até 48 horas, seguindo a rotina de análise de cortisol salivar estabelecidas pelo serviço. As amostras foram, então, encaminhadas para análise no Laboratório Hermes Pardini, pelo método de eletroquimioluminescência (HERMES PARDINI, 2012).



Figura 4: Coleta de saliva com Salivette
Fonte: OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS (2012)

Todas as coletas foram realizadas durante o período matutino para que não houvesse discrepância entre os níveis de cortisol, devido a sua variação circadiana (SOO; CHOON, 2007). O valor de referência para a coleta das 8 horas é inferior a 19,7 nmol/L (HERMES PARDINI, 2012).

Os resultados da análise de cortisol salivar realizada pelo laboratório Hermes Pardini eram recolhidos cerca de 10 dias após o encaminhamento da amostra ao laboratório e registrado no formulário próprio (APÊNDICE E).

Após a realização da coleta salivar, foram aferidos os sinais vitais do paciente pelo mesmo examinador e de forma padronizada descrita a seguir. Inicialmente, foram assegurados 30 minutos de descanso, com o paciente sentado e o dorso recostado na cabeceira do leito (POTTER; PERRY, 2009). As coletas dos dados respeitaram sempre a sequência: frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e pressão arterial (PA).

A FC foi mensurada por meio de palpação do pulso radial no período de um minuto, utilizando-se um cronômetro (WILKINSON; LEUVEN, 2010; POTTER; PERRY, 2009).

A FR foi mensurada por meio da palpação do tórax e da contagem dos movimentos respiratórios torácicos, sem que o paciente percebesse a intenção do avaliador, durante o período de um minuto, utilizando-se um cronômetro (WILKINSON; LEUVEN, 2010; POTTER; PERRY, 2009).

A PA foi aferida por meio do método indireto, com técnica auscultatória, utilizando-se um estetoscópio (Solidor®) e um esfigmomanômetro aneroide (Solidor®), devidamente calibrado, conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). O braço estabelecido para a mensuração da pressão arterial foi padronizada para cada paciente, observado para que durante a técnica o membro fosse mantido na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

4.6.1 Pré-intervenção

Posteriormente à primeira coleta, realizou-se a **coleta pré-intervenção**. Essa coleta constituiu-se da aplicação do IDATE-E, da coleta de saliva e da aferição da frequência cardíaca, da respiratória e da pressão arterial, pelo mesmo examinador treinado, conforme sequência padronizada estabelecida e descrita anteriormente.

4.6.2 Intervenção

A intervenção aplicada neste estudo foi a prece de intercessão e a prece de petição, que permitem a participação do paciente na intervenção oferecida.

A prece foi elaborada pela pesquisadora e constitui uma oração cristã, sem ligação a nenhuma crença religiosa específica, ou seja, sem invocação de santos ou santidades.

Durante a prece, o paciente foi convidado a pedir ajuda perante seu diagnóstico e tratamento, a apresentar sua vida a Deus, a solicitar a restauração de sua saúde, ajudando-o a se sentir calmo e tranquilo para a realização do tratamento. Durante a oração, foram citados os versículos 23 e 24 do salmo 138 da Bíblia e, ao final da oração, leram todos os versículos deste salmo (um a 24), que fala da onisciência divina: Deus tudo sabe e tudo vê.

A prece é descrita a seguir:

O Senhor Deus tudo sabe, tudo vê, tem conhecimento de que você está agora em tratamento e olha por você, olha por suas necessidades. O Bom Deus tem poder para realizar em nós maravilhas. Sonhou com você, sonhou com sua vida e agora luta por você e junto com você. Isso tudo poderia estar acontecendo com qualquer pessoa. Mas Deus hoje está em seu favor. Não precisa ter medo! O Senhor o conhece pelo nome e sabe quem você é. Você é do amado e Bom Deus. Que o Senhor agora conceda a você coragem e venha em seu favor. Ele já o resgatou. Que agora em seu favor possa vir, resgatando todo seu bem-estar, tranquilidade, alegria, esperança, confiança. Nesse momento em que você está em tratamento, em meio às pessoas abençoadas que o Senhor coloca em seu caminho para que cuidem de você, para que você melhore e seja curado, oremos e permaneçamos com o Senhor.

Senhor, os médicos descobriram o que eu tenho e agora eu estou em tratamento. Que graça poder fazer esse tratamento e poder ser curado. Faça-me companhia, Senhor, nessas horas em que me encontro no tratamento para a doença que se achegou até mim. Senhor, peço que venha aumentar a minha confiança em Ti, para que eu tenha força. Dai-me força! Ajude-me a superar esse tratamento, a ter sucesso nele. Dai-me calma. Retira de mim qualquer ansiedade que possa vir me atrapalhar, ajude-me a me sentir calmo, tranquilo. Vem em auxílio dos meus sentimentos, de tudo o que tem me cercado, do medo, Senhor, de tudo isso que eu estou passando, de tudo que ultimamente tenho enfrentado. Senhor, não estou sozinho. O Senhor está comigo! Tu és Deus e como Deus podes realizar o impossível na minha vida. Tu és grande! De tudo o Senhor tem conhecimento. Conhece-me mais do qualquer outra pessoa, mais do que até eu mesmo, Senhor. Sabes tudo o que faço, desde a hora em que levanto, até a hora que vou dormir. Jamais estou sozinho, pois o Senhor sempre me acompanha. Eu não posso fugir, Senhor, não posso acordar pela manhã e fazer de conta com que nada disso está acontecendo. Senhor, ajude-me a superar tudo isso que tenho passado. Desde os exames, a notícia... Agora, Senhor, durante o tratamento. Quero superar tudo isso. Quero ficar bem logo. Ajuda-me Senhor, dê-me força. Ajuda-me a ter fé. Eu creio em Ti, Senhor, mas ajuda-me a

confiar na tua misericórdia, na tua bondade. Ajuda-me a sentir calma, tranquilidade, esperança, gratidão.

“Sonda-me, ó Deus, e conhece o meu coração! Prova-me, e conhece minhas preocupações! Vê se não ando por um caminho fatal e conduze-me pelo caminho eterno.” (Salmo 138, 23-24)

O Senhor é aquele que tudo pode, que tudo realiza em favor daqueles que o amam, que o reconhecem como Deus de amor e bondade. Não importa o que eu fui, não importa o que eu fiz, o Senhor é o Deus de misericórdia, está sempre olhando para que os seus não sofram mais do que possam aguentar. O Senhor tem poder para aliviar a dor dos que sofrem. O Senhor pode transformar tanto o coração, como a alma e o corpo.

Permita, Senhor, com que não sofra. Deus, Deus meu, Bom Deus, olhai por mim agora que estou em tratamento, cuide de tudo aquilo que deixei lá fora, de todos os que amo e lá deixei, tudo que deixei para estar aqui em tratamento, lutando pela vida que o Senhor me deu. Cuida, Senhor, do meu coração. Deste coração que sofre por tudo que tem passado, mas que quer confiar a cada dia de que vai dar tudo certo. Vem, Senhor, cuidar de mim! Que teu amor passe agora por todo o meu ser, pelos meus pensamentos, minha mente, meu coração, por todo o meu corpo, Senhor. Que junto com esses medicamentos que agora me são dados, para minha melhora e minha cura, possa adentrar também o teu amor e tua misericórdia. Visita, meu Bom e Amado Deus, cada órgão meu que hoje precisa ser visitado. Dá-me tranquilidade. Dá-me harmonia e equilíbrio entre meu corpo, alma e espírito.

Meu amado irmão, o Senhor é o Deus da segurança, nosso porto seguro. Antes de qualquer coisa o Senhor sempre está em nosso favor. Ele nos ama, um amor incondicional. Por isso, peça a Ele agora para trazer a você calma, segurança; retirar toda tensão, preocupação, ansiedade e agitação. Peça a Ele para que se sinta bem, agora e depois. Peça confiança! Peça alegria! Peça esperança!

***Olhai por mim, Senhor. Olhai por mim, Senhor. Olhai por mim, Senhor!
Obrigado por estar comigo em todas as situações, em todos os momentos.***

“Senhor, vós me perscrutais e me conheceis, sabeis tudo de mim, quando me sento ou me levanto. De longe penetrais meus pensamentos. Quando ando e quando repouso, vós me vedes, observais todos os meus passos. A palavra ainda me não chegou à língua, e já, Senhor, a conheceis toda. Vós me cercais por trás e pela frente, e estendeis sobre mim a vossa mão. Conhecimento assim maravilhoso me ultrapassa, ele é tão sublime que não posso atingi-lo. Para onde irei, longe de vosso Espírito? Para onde fugir, apartado de vosso olhar? Se subir até os céus, ali estareis; se descer à região dos mortos, lá vos encontrareis também. Se tomar as asas da aurora, se me fixar nos confins do mar, é ainda vossa mão que lá me levará, e vossa destra que me sustentará. Se eu dissesse: Pelo menos as trevas me ocultarão, e a noite, como se fora luz, me há de envolver. As próprias trevas não são escuras para vós, a noite vos é transparente como o dia e a escuridão, clara como a luz. Fostes vós que plasmastes as entranhas de meu corpo, vós me tecestes no seio de minha mãe. Sede bendito por me haverdes feito de modo tão maravilhoso. Pelas vossas obras tão extraordinárias, conheceis até o fundo a minha alma. Nada de minha substância vos é oculto, quando fui formado ocultamente, quando fui tecido nas entranhas subterrâneas. Cada uma de minhas ações vossos olhos viram, e todas elas foram escritas em vosso livro; cada dia de minha vida foi prefixado, desde antes que um só deles existisse. Ó Deus, como são insondáveis para mim vossos desígnios! E quão imenso é o número deles! Como contá-los? São mais numerosos que a areia do mar; se pudesse chegar ao fim, seria ainda com vossa ajuda. Oxalá extermineis os ímpios, ó Deus, e que se apartem de mim os sanguinários! Eles se revoltam insidiosamente contra vós, perfidamente se insurgem vossos

*inimigos. Pois não hei de odiar, Senhor, aos que vos odeiam? Aos que se levantam contra vós, não hei de abominá-los? Eu os odeio com ódio mortal, eu os tenho em conta de meus próprios inimigos. Perscrutai-me, Senhor, para conhecer meu coração; provai-me e conheci meus pensamentos. Vede se ando na senda do mal, e conduzi-me pelo caminho da eternidade.” (Salmo 138, 1-24)
Amém!*

A prece foi gravada em áudio na voz de um homem, músico (que possuía uma boa dicção), com duração de 11 minutos. Esta foi aplicada por meio de um fone de ouvido, que foi oferecido ao paciente utilizando um protetor descartável. Durante a intervenção, o mesmo foi convidado a se posicionar de maneira confortável, sentado ou deitado, com os olhos fechados, de forma a promover um momento de concentração pessoal.

A prece de intercessão foi realizada pelo próprio examinador, durante o momento em que o paciente fazia a escuta da prece de petição. O examinador se manteve em pé, em frente ao paciente, segurando a mão do mesmo e, durante os 11 minutos em que a prece de petição era aplicada em áudio, o examinador realizava a prece de intercessão de forma silenciosa.

4.6.3 Pós-intervenção

Após 30 minutos da aplicação da prece, foi realizada a **coleta pós-intervenção**, em que as mesmas informações (IDATE-E, coleta de saliva e aferição de pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória), foram coletadas, observando-se a sequência padronizada, pelo mesmo examinador treinado.

O processo pré-teste, intervenção e pós-teste foi repetido duas vezes, em dias alternados, observando-se as sessões seguintes de quimioterapia do paciente, para que houvesse repetibilidade da intervenção em estudo (prece). É importante ressaltar que não há um “padrão ouro” ou uma “técnica específica” para a aplicação da prece na literatura (TOSTA 2004b; ROSA; SILVA; SILVA, 2007), no entanto, neste estudo, considerando-se o ciclo de quimioterapia endovenosa, optou-se por realizar a intervenção em três momentos, de forma que fosse possível estabelecer a padronização de sua aplicação.

4.6.4 Grupo controle branco

Os indivíduos que compuseram o grupo controle receberam as mesmas abordagens, ou seja, primeira coleta para traçar o perfil da amostra, primeira, segunda e terceira coleta sem receber a intervenção. No entanto, esses pacientes receberam a visita do examinador, que permaneceu ao seu lado, pelo mesmo tempo de duração da prece, realizando um momento de interação interpessoal, que consistia em observar, escutar ativamente e dar atenção à pessoa (SILVEIRA et al, 2005).

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados das características sociodemográficas, clínicas e espirituais, bem como os dados referentes à escala DUREL, ao IDATE-T e IDATE-E, ao cortisol salivar e aos sinais vitais foram organizados em planilha eletrônica utilizando-se o programa *Microsoft Office Excel 2007*. Foi realizada análise descritiva para a caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e espirituais, para o instrumento DUREL e IDATE-T.

Foi utilizado o programa estatístico BioEstat 5.0, com o teste t para duas amostras relacionadas, quando houve normalidade e o teste de Wilcoxon, não paramétrico, quando não houve normalidade. O teste utilizado para verificar a normalidade foi Shapiro-Wilk. O Teste t e o teste de Wilcoxon foram utilizados para comparação entre os resultados de estado de ansiedade, do cortisol salivar, da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória no pré-intervenção e pós-intervenção, sendo considerado significativo um valor de $p < 0,05$.

Para a comparação entre os grupos que receberam intervenção e o controle branco foi utilizado o teste para duas amostras independentes: teste Mann-Whitney (quando não houve normalidade) e teste t (quando houve normalidade).

Para a comparação das variáveis com os itens das características sociodemográficas foi utilizado Coeficiente de Correlação de Pearson ou de Spearman e a Análise de variância de Kruskal Wallis.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DOS SUJEITOS ESTUDADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes que compõem a amostra deste estudo quanto às características sociodemográficas. Pode-se observar prevalência do sexo masculino, de sujeitos casados, com idade entre 51 a 60 anos, de baixa escolaridade e de baixa renda familiar.

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto ao perfil sociodemográfico do grupo 1 (intervenção) e do grupo 2 (controle). Alfenas, 2013.

Características Sociodemográficas	Especificação	Grupo 1		Grupo 2	
		n=20	%	n=05	%
Sexo	Masculino	15	75	02	40
	Feminino	05	25	03	60
Idade	<40 anos	02	10	00	00
	40 a 50 anos	04	20	02	40
	51 a 60 anos	11	55	01	20
	61 a 70 anos	03	15	02	40
Escolaridade	Sem escolaridade	01	05	01	20
	Ensino Fundamental completo	15	75	03	60
	Ensino Médio completo	02	10	01	20
	Ensino Superior completo	02	10	00	00
Estado civil	Solteiro(a)	02	10	01	20
	Casado(a)/Amasiado(a)	15	75	04	80
	Divorciado(a)	03	15	00	00
Renda pessoal	Menos de um salário mínimo	03	15	00	00
	De um a três salários	14	70	04	80
	Não tem salário	03	15	01	20
Renda familiar	Menos de um salário mínimo	01	05	01	20
	De um a três salários	16	80	03	60
	De quatro a seis salários	02	10	01	20
	Não sabe informar	01	05	00	00
Crença Religiosa	Católico	13	65	04	80
	Evangélico	06	30	00	00
	Sem religião, mas espiritualizado	01	05	00	00
	Testemunha de Jeová	00	00	01	20
Profissão	Aposentado	07	35	01	20
	Auxílio Doença*	04	20	02	40
	Não exerce nenhuma profissão no momento	02	10	00	
	Lavrador	02	10	00	00
	Advogado	01	05	00	00
	Servente de pedreiro/pintor	02	10	00	00
	Auxiliar de serviços gerais	01	05	00	00
	Motorista	00	00	01	20
Do lar	01	05	01	20	

*Benefício cedido pelo governo a pessoas que não trabalham devido a problema de saúde e recebem auxílio doença.

Em relação às pessoas com quem moram, do Grupo 1, três pessoas (15%) moram com os pais; 14 (70%) moram com esposo(a) ou com companheiro(a); dois (10%) moram com os(as) filhos(as) e um sujeito de pesquisa mora em instituição de longa permanência (asilo). No grupo 2, controle, um paciente(20%) mora com os pais; quatro (80%) moram com esposo(a) ou é amasiado(a).

Na Tabela 2, observam-se as características clínicas dos sujeitos de pesquisa, com predominância de câncer de cabeça e de pescoço, seguido de câncer intestinal.

Tabela 2 - Características clínicas da amostra do grupo 1 (intervenção) e do grupo 2 (controle). Alfenas, 2013.

Características Clínicas	Especificação	Grupo 1		Grupo 2	
		n=20	%	n=05	%
Comorbidades	Diabetes	02	10	00	00
	Hipertensão	02	10	02	40
Local do câncer	Cabeça e pescoço	10	50	00	00
	Estômago	02	10	00	00
	Fígado	01	05	01	20
	Intestino	04	20	04	80
	Próstata	01	05	00	00
	Medula	02	10	00	00
Tempo de descoberta da doença	Um a seis meses	12	60	01	20
	Seis a dez meses	04	20	03	60
	Dez a doze meses	01	05	01	20
	Mais de doze meses	03	15	00	00

Quanto ao hábito pessoal o tabagismo é frequente em 14 pacientes (56%), em que oito deles (32%) fumavam ainda com o diagnóstico de câncer; destes, sete pacientes pertenciam ao grupo que recebeu intervenção. Apenas seis sujeitos de pesquisa (24%) pararam de fumar devido à doença, após a identificação do diagnóstico.

Em relação ao tempo de início do tratamento, 12 pacientes (48%) em menos de um mês da descoberta da doença iniciaram o tratamento; dez pacientes (40%) demoraram de um a quatro meses para o início do tratamento; os demais, três pacientes (12%), demoraram mais de quatro meses.

Dos sujeitos de pesquisa, 19 (76%) não sabem informar o tempo de duração do tratamento e seis deles (24%) afirmam que o tratamento terá duração entre cinco a dez meses.

Quanto ao tipo de tratamento, sete (35%) pacientes do grupo 1 declararam já ter realizado tratamento cirúrgico antes de iniciar a quimioterapia. Os efeitos colaterais da quimioterapia estiveram presentes em nove pacientes (45%) desse grupo, a saber: tontura; náusea; vômito; dor; diarreia; falta de apetite; ferida na boca. Desses efeitos, quatro pacientes consideram senti-los em intensidade leve; três, moderada e dois, em intensidade grave.

Em relação ao grupo 2 (controle), quatro pacientes (80%) haviam feito cirurgia antes do tratamento quimioterápico. Os efeitos colaterais estiveram presentes em todos os pacientes, como enjoo; febre; diarreia; mal-estar; que foram considerados em intensidade leve por um paciente (20%); moderada; três pacientes (60%) e grave, um paciente (20%).

5.2 PERFIL DE RELIGIOSIDADE

Quanto às características religiosas, todos os pacientes relataram praticar oração e acreditar no poder da mesma. Além disso, disseram que seus familiares e amigos oravam por eles. Nenhum dos pacientes participou de grupos de apoio nem realizou algum tipo de tratamento espiritual.

Conforme a Tabela 3, pode-se constatar que a amostra foi composta por pacientes que apresentaram elevado índice de religiosidade.

Tabela 3 - Descrição da religiosidade dos sujeitos conforme o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) do grupo 1 (intervenção) e do grupo 2 (controle). Alfenas, 2013.

RELIGIOSIDADE ORGANIZACIONAL	Grupo 1		Grupo 2	
	n=20	%	n=05	%
A) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?				
1. Mais do que uma vez por semana	04	20	00	00
2. Uma vez por semana	05	25	03	60
3. Duas a três vezes por mês	02	10	01	20
4. Algumas vezes por ano	07	35	01	20
5. Uma vez por ano ou menos	01	05	00	00
6. Nunca	01	05	00	00

(Continua)

Tabela 3 - Descrição da religiosidade dos sujeitos conforme o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) do grupo 1 (intervenção) e do grupo 2 (controle).
Alfenas, 2013.

(Conclusão)

	Grupo 1		Grupo 2	
	n=20	%	n=05	%
RELIGIOSIDADE NÃO-ORGANIZACIONAL				
B) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?				
1. Mais do que uma vez por semana	04	20	00	00
2. Uma vez por semana	13	65	04	80
3. Duas a três vezes por mês	00	00	01	20
4. Algumas vezes por ano	00	00	00	00
5. Uma vez por ano ou menos	02	10	00	00
6. Nunca	01	05	00	00
RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA				
C) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).				
1. Totalmente verdade para mim	19	95	04	80
2. Em geral, é verdade	01	05	01	20
3. Não estou certo	00	00	00	00
4. Em geral, não é verdade	00	00	00	00
5. Não é verdade	00	00	00	00
D) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.				
1. Totalmente verdade para mim	18	90	05	100
2. Em geral, é verdade	00	00	00	00
3. Não estou certo	01	05	00	00
4. Em geral, não é verdade	01	05	00	00
5. Não é verdade	00	00	00	00
E) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.				
1. Totalmente verdade para mim	16	80	04	80
2. Em geral, é verdade	01	05	01	20
3. Não estou certo	02	10	00	00
4. Em geral, não é verdade	01	05	00	00
5. Não é verdade	00	00	00	00

Para o grupo 1, o escore para religiosidade organizacional (RO) foi de 2,95; para a religiosidade não organizacional (RNO), foi 2,3 e para a religiosidade intrínseca (RI), 3,7. Para o grupo 2 (controle), RO apresentou-se com valor de 2,6; RNO, de 2,2 e RI, de 3,4. Portanto, ambos os grupos de pacientes apresentaram uma alta religiosidade, em especial no que se refere ao aspecto de religiosidade intrínseca, da vivência plena da religiosidade: *sentir a presença de Deus e esforçar para viver a crença religiosa*.

Pode-se constatar pela Tabela 4 que não houve uma associação significativa entre sexo e estado civil, com a religiosidade organizacional, não organizacional e religiosidade intrínseca.

Tabela 4 – Medidas da Escala de Religiosidade de Duke em relação ao sexo e ao estado civil segundo o teste de Kruskal-Wallis ou de Mann Whitney, grupo 1 (intervenção). Alfenas, 2013.

		Variáveis	Rank Médio	Mediana	valor de p
DUREL (RO)	Sexo	Masculino	10,40	3,00	0,89
		Feminino	10,80	3,00	
	Estado Civil	Solteiro(a)	12,75	3,50	0,66
		Casado(a)/ Amasiado(a)	9,83	2,00	
Divorciado(a)		12,33	4,00		
DUREL (RNO)	Sexo	Masculino	10,33	2,00	0,80
		Feminino	11,00	2,00	
	Estado Civil	Solteiro(a)	14,75	3,50	0,44
		Casado(a)/ Amasiado(a)	9,90	2,00	
Divorciado(a)		10,67	2,00		
DUREL (RI)	Sexo	Masculino	10,20	3,00	0,60
		Feminino	11,40	3,00	
	Estado Civil	Solteiro(a)	13,00	4,00	0,11
		Casado(a)/ Amasiado(a)	9,30	3,00	
Divorciado(a)		14,83	4,00		

Pode-se observar que a faixa etária bem como a escolaridade não teve relação significativa com as dimensões da religiosidade por meio da Correlação de Serman. A religiosidade organizacional com a faixa etária apresentou-se com valor de p 0,62 e coeficiente de -0,12 e com a escolaridade, valor de p 0,71 e coeficiente de -0,08. Na religiosidade não organizacional o valor de p ao correlacionar com a faixa etária foi de 0,83 e coeficiente de -0,05 e ao correlacionar com escolaridade encontrou-se 0,44 para valor de p e 0,18 para o coeficiente. A religiosidade intrínseca com a faixa etária teve valor de p 0,78 e coeficiente de -0,06 e com a escolaridade, 0,19 (valor de p) e 0,30 (coeficiente).

5.3 PERFIL DE ANSIEDADE

O nível de ansiedade identificado pelo IDATE é considerado baixo quando os valores encontrados são 0 a 30 pontos; o grau mediano de ansiedade é identificado entre 31 a 49 pontos e o grau elevado de ansiedade é encontrado entre os escores

igual ou acima de 50 pontos (ANDREATINI et al, 1993). Já o valor de referência para a coleta de cortisol salivar às 8 horas, é inferior a 19,7 nmol/L (HERMES PARDINI, 2012); esse valor é dado para condições normais e tende a aumentar durante o estresse e a ansiedade (CASTRO; MOREIRA, 2003; JESSOP et al, 2007; SARAIVA; FORTUNATO; GAVINA, 2005). Além desses parâmetros, o registro da alteração da pressão arterial, de frequência cardíaca é comum durante a ansiedade, decorrente das modificações físicas e mentais provocadas por esta (WHITE; DUNCAN; BAUMLE, 2012).

Os valores de referência de cada paciente obtidos a partir da primeira coleta mostraram grau mediano do traço e estado de ansiedade avaliado pelo IDATE para os grupos 1 e 2, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Perfil de ansiedade segundo o IDATE, o cortisol salivar e os dados dos sinais vitais dos grupos (média - \bar{x} e desvio padrão amostral - s) na primeira coleta, antes da intervenção, do grupo 1 (intervenção) e do grupo 2 (controle). Alfenas, 2013.

Variáveis	Grupo 1 ($\bar{x} \pm s$)	Grupo 2 ($\bar{x} \pm s$)	valor de p*
Traço de ansiedade	36,2 ± 9,9	43,4 ± 14,9	0,43
Estado de ansiedade	35,2 ± 7,1	36,0 ± 10,2	0,84
Cortisol salivar (nmol/L)	9,7 ± 6,5	6,2 ± 5,9	0,34
PA sistólica (mmHg)	118,5 ± 16,9	132,0 ± 26,8	0,50
PA diastólica (mmHg)	78,2 ± 14,1	86,0 ± 8,9	0,26
Respiração (mrpm)	18,7 ± 3,1	16,8 ± 3,6	0,32
Pulso (bpm)	71,1 ± 9,4	61,8 ± 6,3	0,04

*Teste t ou Teste Mann-Whitney

Constata-se que a pressão arterial sistólica do grupo que recebeu a intervenção estava alta, bem como a pressão arterial sistólica e diastólica do grupo 2 (controle), conforme os valores de referências adotados, em que a variação normal de pressão arterial para a sistólica é de 100 a 120 e para a diastólica, é de 60 a 80 mmHg (WILKINSON; LEUVEN, 2010; POTTER; PERRY, 2009). Vale ressaltar que a coleta basal, para referência, foi feita antes da administração de medicamento, entretanto somente quatro pacientes (16%) informaram ser hipertensos.

Observa-se que o estado de ansiedade foi influenciado pela religiosidade não organizacional (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlação da religiosidade (DUREL) com as variáveis de traço e estado de ansiedade, grupo 1 (intervenção). Alfenas, 2013.

Variáveis	RO		RNO		RI	
	valor de p*	Coeficiente	valor de p*	Coeficiente	valor de p*	Coeficiente
Traço de ansiedade	0,37	0,21	0,60	0,13	0,64	0,11
Estado de ansiedade	0,60	0,12	0,01	0,54	0,16	0,33

*Coeficiente de correlação de Spearman

O estado de ansiedade bem como o traço de ansiedade não foi influenciado por sexo, estado civil e crença religiosa (Tabela 7).

Tabela 7 - Medidas do traço e estado de ansiedade em relação ao sexo, estado civil e crença religiosa pelo teste de Kruskal-Wallis ou de Mann Whitney, grupo 1 (intervenção). Alfenas, 2013.

Variáveis		Rank Médio	Mediana	valor de p	
Traço de ansiedade	Sexo	Masculino	10,80	2,00	0,65
		Feminino	9,60	2,00	
	Estado Civil	Solteiro(a)	15,25	2,50	0,35
		Casado(a)/ Amasiado(a)	10,23	2,00	
		Divorciado(a)	8,67	2,00	
	Crença Religiosa	Catolicismo	10,69	2,00	0,94
Evangelismo		9,92	2,00		
Sem crença, mas espiritualizado		11,50	-		
Estado de ansiedade	Sexo	Masculino	9,67	2,00	0,15
		Feminino	13,00	2,00	
	Estado Civil	Solteiro(a)	13,00	1,00	0,68
		Casado(a)/ Amasiado(a)	10,33	2,00	
		Divorciado(a)	9,67	2,00	
	Crença Religiosa	Catolicismo	9,92	2,00	0,69
Evangelismo		11,33	2,00		
Sem crença, mas espiritualizado		13,00	-		

O traço de ansiedade apresentou correlação com a faixa etária. A variável escolaridade não teve correlação com a ansiedade (Tabela 8).

Tabela 8 – Correlação do traço e estado de ansiedade com as variáveis de faixa etária e escolaridade, grupo 1 (intervenção). Alfenas, 2013.

Variáveis	Faixa etária		Escolaridade	
	valor de p*	Coeficiente	valor de p*	Coeficiente
Traço de ansiedade	0,01	0,57	0,69	-0,09
Estado de ansiedade	0,96	0,01	0,40	0,20

*Coeficiente de correlação de Spearman

5.4 EFICÁCIA DA PRECE

Neste estudo, foi realizada a intervenção da prece, uma prática que pode ser aplicada pelo enfermeiro, com a participação do paciente, que pode ser realizada espontaneamente ou baseada em leitura espiritual, conforme sugere Dijoseph; Cavendish (2005) e Caldeira (2009). Além da prece de intercessão realizada pelo enfermeiro, neste estudo, utilizou-se a prece de petição pelo próprio paciente. Observa-se que a prece foi eficaz no estado de ansiedade do paciente (valor de $p < 0,00$).

Ao comparar todas as médias pré e pós-intervenção, obtém-se uma diminuição nos valores do estado de ansiedade, de pressão arterial, de respiração e de pulso após a realização da prece (Tabela 9). Entretanto, diferenças estatisticamente significativas são identificadas somente para os valores de estado de ansiedade (IDATE E), pressão arterial e respiração, o que confirma a eficácia da prece sobre esses referenciais de ansiedade.

Tabela 9 - Comparação entre as médias pré e pós-intervenção das variáveis de avaliação da ansiedade. Alfenas, 2013.

Variáveis	Pré-intervenção		Pós-intervenção		valor de p*
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
Estado de ansiedade	33,52	4,92	28,42	5,57	< 0,00
Cortisol salivar (nmol/L)	10,31	6,66	10,61	6,61	0,57
PA sistólica (mmHg)	122,08	12,98	115,33	11,58	0,00
PA diastólica (mmHg)	80,83	10,37	76,50	9,60	< 0,00
Respiração (mrpm)	20,43	4,58	18,20	3,33	0,04
Pulso (bpm)	70,58	10,24	68,80	6,31	0,07

\bar{x} Média aritmética sDesvio padrão amostral

*Teste t ou Teste Wilcoxon

Pode-se observar que o estado de ansiedade na primeira coleta (basal) foi de 35,2 e na coleta antes da intervenção esse valor já estava diminuído (33,5), entretanto esse valor não teve uma diferença significativa estatisticamente pelo teste de Wilcoxon, em que valor de p foi de 0,19. O estado de ansiedade reduziu para baixo grau (28,4) segundo o IDADE-E, após a aplicação da intervenção. A pressão arterial sistólica também diminuiu, de 122 para 115 mmHg, bem como os demais valores para a pressão arterial diastólica, para respiração e para pulso.

A redução da ansiedade, conforme o IDATE-E, ocorreu após a realização da prece em todos os momentos, conforme mostra a Tabela 10, em que são apresentadas as médias das três coletas pré e pós-intervenção, nas quais os valores diminuíram após a aplicação da prece.

Tabela 10- Média (\bar{x}) e desvio padrão amostral (s) dos dados coletados nas três coletas pré e pós-intervenção. Alfenas, 2013.

Variáveis		1ª Coleta ($\bar{x} \pm s$)	2ª Coleta ($\bar{x} \pm s$)	3ª Coleta ($\bar{x} \pm s$)
Pré-intervenção	Estado de ansiedade	34,20 ± 5,99	33,35 ± 5,30	33,00 ± 6,29
	Cortisol salivar (nmol/L)	9,65 ± 7,71	10,55 ± 8,09	9,40 ± 6,75
	PA sistólica (mmHg)	119,75 ± 14,64	121,25 ± 18,05	125,25 ± 18,46
	PA diastólica (mmHg)	79,00 ± 12,52	80,50 ± 17,31	83,00 ± 13,42
	Respiração (mrpm)	27,14 ± 23,55	23,00 ± 20,25	23,95 ± 20,06
	Pulso (bpm)	68,28 ± 21,27	74,43 ± 14,19	74,67 ± 12,39
Pós-intervenção	Estado de ansiedade	31,48 ± 18,98	32,43 ± 18,72	33,00 ± 18,67
	Cortisol salivar (nmol/L)	9,75 ± 7,68	11,00 ± 7,67	9,70 ± 7,02
	PA sistólica (mmHg)	115,25 ± 13,32	115,25 ± 16,18	115,50 ± 15,38
	PA diastólica (mmHg)	77,00 ± 8,64	76,00 ± 14,20	76,50 ± 14,24
	Respiração (mrpm)	18,05 ± 3,84	18,50 ± 3,91	18,05 ± 3,47
	Pulso (bpm)	68,80 ± 9,52	68,95 ± 8,96	68,65 ± 7,06

Observa-se que a pressão arterial reduziu nas três coletas realizadas após a aplicação da prece, mantendo valores abaixo de 120/80 mmHg, que é um valor considerado adequado de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). Os valores referentes à, frequência respiratória sofreram uma redução significativa, uma vez que todos os valores estavam acima do normal antes da intervenção e após a aplicação da prece atingiram o padrão de normalidade (18rpm) sugerido por Wilkinson, Leuven (2010) e Potter, Perry (2009), que está entre 12 a 20 rpm.

Ressalta-se que a média de dias entre a primeira e a segunda coleta foi de 11 dias e desvio padrão, de 17,1. Entre a segunda e a terceira, foi de 20 dias, e o desvio padrão, 27,1.

Ao se comparar o grupo 2 (controle) com o grupo 1, após receber a intervenção da prece, observa-se uma diminuição nos valores de estado de ansiedade (grupo 1 - 28,42 e grupo 2 - 34,40), pressão arterial (grupo 1 - 115/76 mmHg e grupo 2 - 132/85 mmHg), todavia, nenhuma alteração foi considerada significativa estatisticamente (Tabela 11).

Tabela 11: Comparação da coleta pós-intervenção entre o grupo 1 (intervenção) e o grupo 2 (controle). Alfenas, 2013.

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		valor de p*
	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>s</i>	
Estado de ansiedade	28,42	5,57	34,40	9,51	0,30
Cortisol salivar (nmol/L)	10,61	6,61	7,70	4,81	0,38
PA sistólica (mmHg)	115,33	11,58	132,00	24,33	0,10
PA diastólica (mmHg)	76,50	9,60	85,33	8,37	0,06
Respiração (mrpm)	18,20	3,33	17,53	3,07	0,69
Pulso (bpm)	68,80	6,31	64,33	6,37	0,17

\bar{x} Média aritmética *s* Desvio padrão

*Teste t ou Teste Mann-Whitney

6 DISCUSSÃO

O câncer, nas últimas décadas, ganhou uma dimensão maior e constituiu-se em um problema de saúde pública mundial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Sua distribuição em relação ao sexo, nos países desenvolvidos, é similar entre homens e mulheres, embora nos países em desenvolvimento a prevalência em mulheres seja maior (25%) (PISANI; BRAY; PARKIN 2002). Diferentemente do restante do país, este estudo encontrou predominância de pessoas do sexo masculino (68%), o que pode refletir uma transformação do perfil epidemiológico da doença, contribuindo para uma importante preocupação social, uma vez que o homem é comumente o provedor financeiro da família e ainda a prevalência de câncer entre homens está ligada a uma pior sobrevida, especialmente em decorrência de sua localização no fígado, no esôfago e no estômago (PISANI; BRAY; PARKIN, 2002).

Nas estimativas de câncer referentes ao ano de 2012, que são válidas também para o ano de 2013, os tipos mais incidentes de cânceres nos homens são de pele não melanoma, de próstata, de pulmão, de cólon e de reto e de estômago (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Na região Sudeste, o câncer de cólon e de reto nos homens é o segundo mais frequente (22/100mil); o câncer de esôfago ocupa a sexta posição (10/100mil) e o câncer de laringe ocupa a sétima posição (8/100mil), sem considerar os cânceres de pele não melanoma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Nesta pesquisa, houve predominância de pessoas em tratamento para câncer de cabeça e de pescoço (40%), e, em menor proporção (32%), entretanto não menos relevante, de câncer no intestino (cólon e reto). Nesse sentido, vale ressaltar que a população escolhida para o estudo foi de pessoas em tratamento quimioterápico endovenoso administrado de forma contínua, em regime de internação.

Alguns aspectos relativos ao comportamento do câncer de cabeça e de pescoço estão relacionados ao aumento da exposição ao tabaco, que é um fator de risco dos cânceres de boca e de faringe, de laringe e de esôfago. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, os fumantes têm dez vezes mais chances de desenvolver câncer de laringe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O tabagismo foi uma característica neste estudo, presente em 56% dos pacientes (grupo 1 e 2, n=25), em que 32% deles faziam uso do tabaco e 24%, já tinha parado de fumar; fato que, juntamente com outros fatores de risco, pode ocasionar câncer na região

do pescoço. Assim, infere-se a ocorrência de câncer de cabeça e de pescoço como importante preocupação, pois, segundo a publicação de Doll e Peto (1981), nenhuma outra medida teria tanto impacto na redução da incidência do câncer como a eliminação do tabagismo. Certamente, o combate ao tabagismo entre adultos requer vontade política; aumento significativo de taxas nos produtos do tabaco; proibição total da propaganda de cigarros em quaisquer lugares; programas de controle específicos antitabagismo e programas de educação dirigidos a públicos específicos (MENEZES et al, 2002).

As demais características sociodemográficas encontradas neste estudo estão relacionadas à distribuição epidemiológica do câncer no Brasil, uma vez que se obteve predominância da idade entre 51 a 60 anos (48%); predominância do estado civil casado(a)/ amasiado(a) (76%); baixa escolaridade (80%); 32% aposentados e 24% recebem auxílio doença e conseqüentemente, 84% com baixa renda. Este último aspecto tem recebido a atenção de estudiosos que percebem taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza, destacando-se câncer de estômago e da cavidade oral (KOIFMAN, 2003).

Para Guerra et al (2005), o quadro de risco atual do câncer no Brasil e de suas tendências mostra relevância no âmbito da saúde pública e evidencia a necessidade contínua de realização de pesquisas sobre esse tema, as quais são essenciais para o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas que visem o controle da doença no país.

As investigações realizadas em grupos específicos de tratamento parecem escassas; por conseguinte, a realização de estudos com pacientes que realizam quimioterapia endovenosa contínua requer mais atenção de estudiosos, dado a fato de incluir o processo de hospitalização ao sofrimento ao paciente, além dos custos gerados aos serviços de saúde e da necessidade de estratégias diferenciais de assistência.

Quanto ao tempo de diagnóstico e ao tempo de início de tratamento, observa-se que um projeto de lei, apoiado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), aprovado em outubro de 2012, fixa o prazo máximo de 60 dias, contados a partir do diagnóstico, para o início do tratamento contra o câncer, seja por meio de cirurgia, de radioterapia ou de quimioterapia, na rede pública de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c). O tempo decorrido entre diagnóstico e o início do tratamento é importante para se obter sucesso no tratamento.

Na amostra em estudo, 48% dos pacientes em menos de um mês do diagnóstico iniciaram o tratamento e 40% deles, iniciaram em menos de quatro meses. Isso mostra a preocupação do serviço de saúde, do Sistema Único de Saúde, quanto ao início e à agilidade do processo de tratamento do paciente, uma vez que na época da coleta de dados desta pesquisa, havia o projeto de lei, ainda não aprovado e o serviço, na maioria das vezes, conseguiu iniciar o tratamento do câncer logo após o diagnóstico do mesmo.

O imediato encaminhamento do paciente com câncer para tratamento é um importante fator para a redução da morbidade e da mortalidade causadas pela doença e, para mudar o panorama do câncer, também é imprescindível um estímulo em pesquisa que propicie a implantação de políticas públicas visando à redução de danos, dos gastos e das taxas de mortalidade (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

Os danos provocados pelo câncer vão além do aspecto físico da doença, pois seu diagnóstico envolve preconceitos; perdas; valores pessoais e sociais; sentimento de impotência e inferioridade, os quais podem desencadear conflitos emocionais e reações psíquicas que dificultam a participação do paciente em seu tratamento (GIANINI, 2004). Os pacientes, além de enfrentar a internação, o início do tratamento, lidam com os efeitos colaterais do mesmo. Neste estudo, 56% da amostra tiveram esses efeitos, como tontura, náusea, vômito, dor, diarreia, falta de apetite, entre outros; 35,7%, em intensidade leve; 42,8%, moderada e 21,5%, em intensidade grave. Esses efeitos colaterais recordam o paciente da ameaça da doença, do sofrimento e estimula para que ele desenvolva ansiedade (ITANO et al, 1983; NUCCI, 2003).

Na oncologia, a ansiedade sofrida pelos pacientes dá-se principalmente pela associação entre o câncer e a iminência de morte e pela ausência da família, o que se encontra mais evidente quando ocorre a hospitalização (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008).

Os pacientes deste estudo enfrentaram o tratamento quimioterápico e o processo de hospitalização; portanto estavam longe de suas famílias, de seu ambiente domiciliar, com sua rotina diária tendo que ser adaptada não somente pelas dificuldades encontradas diante do câncer, como também pelo ambiente hospitalar e, conseqüentemente, pela rotina de serviço do hospital. Portanto, não só diagnóstico de câncer e todo o processo da doença vividos pelo paciente, como

também o fato de estar internado, são condições desencadeadoras de ansiedade (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008).

A ansiedade define um estado de alerta que pode ser vivenciado de diferentes formas pelo paciente e nessa perspectiva, a utilização do Inventário de Ansiedade IDATE demonstrou grau de ansiedade moderado nos sujeitos investigados, cuja média foi 36,2 para o traço e de 35,2, para o estado.

Segundo Moreira e Carvalho (2005), quando o estado de ansiedade se apresenta em níveis acima da normalidade, há um importante impacto nas pessoas com câncer e sob quimioterapia, pois, além de influenciar suas percepções acerca da enfermidade e do tratamento, gera desesperança e limita o potencial dos clientes para encontrar estratégias a fim de manejar seus problemas de saúde, prejudicando seu bem-estar.

Diversos estudos têm referido uma prevalência expressiva de ansiedade entre as pacientes com câncer (PELEGRINI; CERQUEIRA; PERES, 2008; GUNTERT, 1995; SPIEGEL, 1990). Mesmo um nível moderado de ansiedade pode provocar percepções desagradáveis, como aumento dos sinais vitais, dor de cabeça, diarreia, náusea ou vômito, entre outros (WHITE, DUNCAN, BAUMLE, 2012), que podem dificultar a adesão e a resposta do paciente à quimioterapia, que, por si só, pode agravar ou piorar tais sintomas.

Além do estado de ansiedade (IDATE-E), os participantes deste estudo apresentaram significativas alterações de frequência respiratória (valor de p 0,04) e pressão arterial (valor de p 0,00).

O nível de cortisol salivar (valor de p 0,57) não demonstrou significância estatística neste estudo, o que pode estar relacionado a evidências de que o estresse crônico pode reduzir ou neutralizar a resposta do cortisol ao estresse (SOO; CHOON, 2007). Assim o estresse agudo gerado pelo momento pode não ser adequadamente identificado pelo nível de cortisol salivar.

O traço e o estado de ansiedade não tiveram uma associação significativa com as características sociodemográficas como sexo, escolaridade, estado civil e crença religiosa. Os estudos realizados demonstram o contrário, uma vez que em relação ao gênero, as mulheres apresentam um risco significativamente maior comparado com os homens para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade (KINRYS; WYGANT, 2005). Para esses autores, os motivos que levam ao aumento do risco de ansiedade no sexo feminino são desconhecidos, mas podem estar

relacionados a fatores genéticos bem como à influência exercida pelos hormônios sexuais femininos.

Além disso, em estudo de Gama et al (2008), realizado com estudantes universitários com a aplicação do IDATE, foi encontrado uma diferença significativa em relação à ansiedade e ao gênero bem como em relação ao estado civil. Gama et al (2008) constataram diferença significativa entre ansiedade e faixa etária, o que também esteve presente neste estudo (valor de $p < 0,01$) ao se considerar o traço de ansiedade.

Vale ressaltar que os estudos (KINRYS; WYGANT, 2005; GAMA et al, 2008) que apresentaram diferenças significativas entre ansiedade e as variáveis de sexo, escolaridade, estado civil, faixa etária e crença religiosa foram realizados com uma amostra maior do que neste estudo, com isso pode-se inferir que o fato de não se obter diferença estatística entre os dados esteja relacionado ao tamanho da presente amostra, entretanto, a população em estudo foi pequena.

Na assistência ao paciente com câncer, o enfermeiro precisa identificar e tratar a ansiedade decorrente do diagnóstico e do tratamento da doença para que o paciente possa enfrentar o câncer com disposição e vigor, livre de maiores transtornos psicopatológicos, recebendo durante todo o tratamento uma assistência de qualidade (MOREIRA; CARVALHO, 2005), afinal uma pessoa com alguma doença tem menos recursos adaptativos para o gerenciamento de fatores estressores.

O uso de diferentes meios para a investigação da ansiedade, como realizado neste estudo, facilita e reforça a identificação do fenômeno. Sem dúvida, cada método de identificação pode apresentar vantagens e desvantagens, principalmente no que diz respeito à prática clínica.

A aferição dos sinais vitais não é demorada. Necessita-se de um cronômetro e de um aparelho de pressão arterial, é segura, desde que realizada corretamente, seguindo as técnicas propostas. Instrumentos de medida psicométricas como o Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE) é um método simples e rápido de autoavaliação, que permite identificar a ansiedade momentânea e a ansiedade do perfil da pessoa (ANDREATINI et al, 1993). A desvantagem do mesmo está no fato de que ele não pode ser autoaplicável quando o paciente não tem condições de respondê-lo devido a problemas visuais ou à imobilização do braço. É necessária

também uma pessoa treinada para fazer o escore desse instrumento, fornecendo o valor.

Tanto a aferição dos sinais vitais como a aplicação do IDATE para identificar ansiedade podem ser utilizados na prática clínica, uma vez que a aferição de frequência cardíaca, da respiratória e da pressão arterial faz parte da rotina do serviço hospitalar e o instrumento IDATE é de fácil aplicação; ambos não têm custo para o serviço.

Observa-se, entretanto, que a identificação da ansiedade pelo nível de cortisol salivar não é viável na prática clínica, mesmo não sendo um procedimento invasivo, afinal a coleta de saliva e a análise de cortisol salivar são procedimentos que requerem análise laboratorial e, portanto, podem ser onerosos, além disso depende do profissional treinado para a coleta e de condições adequadas para o armazenamento da saliva até ser feita a análise.

De qualquer maneira, cabe ao enfermeiro promover estratégias para que o paciente se veja livre da ansiedade, como encorajar a verbalização, encorajar a atividade motora, com exercícios, caminhadas, manter segurança do paciente (WHITE, DUNCAN, BAUMLE, 2012). Para Moreira e Carvalho (2005), o planejamento do cuidado de enfermagem para o paciente que realiza quimioterapia e apresenta-se, frequentemente, inquieto, com dor e medo dos procedimentos invasivos e da morte, deve considerar fatores espirituais, além dos fatores ecológicos, políticos e econômicos.

Segundo Teixeira e Lefèvre (2008), quando se alia a força da mente com a fé religiosa há contribuição para que o paciente com câncer possa lidar com a doença e com as alterações provocadas pela mesma, de forma mais harmoniosa e que traga felicidade. Neste estudo, o estado de ansiedade teve uma relação significativa com a religiosidade não organizacional que é aquela em relação às atividades religiosas individuais (valor de $p < 0,01$). Esse valor confirma a utilização da intervenção aplicada: prece. Uma vez que os sujeitos de pesquisa são religiosos, deve-se usar a religião/espiritualidade como estratégia para a assistência prestada pelo enfermeiro.

Ainda, a investigação do perfil de religiosidade dos sujeitos deste estudo, no que diz respeito ao tipo de religião, foi congruente aos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), uma vez que a religião católica (68%) foi predominante. Entretanto, a prática religiosa foi um aspecto importante da

religiosidade dos participantes deste estudo, uma vez que todos eles praticam a oração; 92% o fazem de forma diária e todos eles acreditam no poder da oração.

A religião e sua prática foram investigadas também no estudo de Carvão (2009), em que todos os participantes, indivíduos portadores de câncer em tratamento de quimioterapia, praticavam a oração, entretanto a maioria deles (70%) era do sexo feminino. Constata-se que o gênero é um fator de impacto na religiosidade; os indivíduos do sexo feminino apresentam maior índice de religiosidade que os indivíduos do sexo masculino (VALENTIM, 2008).

No presente estudo, foi constatada alta religiosidade conforme as dimensões do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL), uma vez, que para a religiosidade organizacional, o nível alcançado foi de 2,95; para religiosidade não organizacional, de 2,3 e para religiosidade intrínseca, foi 3,2.

Os índices de religiosidade não se mostraram significativos para sexo, estado civil, faixa etária e escolaridade, entretanto, obteve-se resultado significativo estatisticamente entre a religiosidade não organizacional e o estado de ansiedade (valor de p 0,01). A religiosidade não organizacional refere-se às atividades religiosas individuais como uma leitura da Bíblia, uma prática da oração, entre outros. Esse fato pode levar a inferência de que a ansiedade diminui a partir da prática religiosa.

Os sujeitos desta pesquisa relataram sentir a presença de Deus em suas vidas (92%) e se esforçaram para viver a religião (80%); buscaram a prática religiosa e somente 32% deixaram de frequentar a Igreja ou diminuíram a frequência devido à doença, entretanto continuaram suas orações normalmente.

A alta religiosidade, identificada neste estudo, atrelada à prática religiosa, pode contribuir para o bem-estar espiritual dos pacientes. Estudiosos têm demonstrado que espiritualidade é uma importante forma de estratégia para lidar com doenças graves (YEH et al, 2002; GARROW; EGEDE, 2006; WHITE; VERHOEF, 2006)

Em estudo de Mesquita et al (2011), os resultados mostraram que os pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia antineoplásica utilizaram o coping religioso/espiritual como estratégia de enfrentamento da doença e gostariam que a religião/espiritualidade fosse abordada pelos profissionais de saúde, portanto gostariam de receber apoio espiritual.

Com base nessa consideração, o enfermeiro pode utilizar da oração, da prece, como uma forma de apoio espiritual ao paciente com câncer, de maneira a atender à necessidade espiritual do paciente ou, ainda, para ajudá-lo a enfrentar a doença e o tratamento. A prática de atividades religiosas, como a oração, além se configurar como terapia coadjuvante ao tratamento para o câncer, também tem ação positiva na vida das pessoas; após a invocação divina, os pacientes têm mais força para superar a doença e o tratamento (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; KRUCOFF et al, 2005; ASTIN, 2006; BYRD, 1988).

A literatura aponta para o fato de que pessoas com câncer comumente utilizam a oração para uma melhora de sua saúde, com obtenção de efeitos benéficos para si (ROSS et al, 2008; LENGACHER et al, 2002; MERAVIGLIA, 2002). Portanto, é importante estudar essa prática da prece, desenvolver um protocolo para que ela seja aplicada na prática clínica.

O desenvolvimento de protocolos de pesquisa sobre práticas de enfermagem, em especial aquelas consideradas pouco comuns é fundamental para a geração de conhecimento e para a proposição de novas abordagens de enfermagem. Em oncologia, de modo especial, essas pesquisas podem contribuir para melhorar a qualidade de vida dos portadores da doença.

Este estudo investigou o uso da prece de petição e de intercessão, como uma intervenção para pacientes com câncer em tratamento quimioterápico sob internação hospitalar. Sabe-se que na literatura não há a descrição de um padrão ouro para a aplicação da prece, uma padronização que permita determinar a maneira, quando e por quem deve ser aplicada (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Assim, neste estudo, buscou-se padronizar o tempo e o momento da prece, o local de realização, o mesmo tipo de prece e o mesmo intercessor, de forma a obter o rigor e a repetibilidade da investigação.

A comparação dos resultados da coleta pré e pós intervenção indica que houve redução de ansiedade pelo IDATE (valor de $p < 0,00$, de mediano para baixo grau de ansiedade); a diminuição da pressão arterial (valor de $p < 0,00$) e da frequência respiratória (0,04). Portanto, constata-se que a utilização da prece na prática clínica do enfermeiro reduziu a ansiedade e foi benéfica para o paciente.

Segundo Teixeira e Lefèvre (2008), o medo, os efeitos adversos, as experiências negativas anteriores e o desejo por mais cuidados de suporte são outras razões apresentadas pelo paciente com câncer para buscar a prática não

convencional, incluindo a prática religiosa. Esses autores, ao pesquisar o significado da fé religiosa para pacientes idosos com câncer, concluíram que a fé e o tratamento aparecem como parceiros íntimos e a sinergia é positiva para o enfrentamento da doença; a prática espiritual evidenciou, ainda, a maturidade, a segurança, o conforto e o otimismo em relação ao tratamento instituído.

Vale ressaltar que neste estudo a mensuração da frequência cardíaca, embora não tenha tido valor significativo (valor de p 0,07), diminuiu entre pré (70,58 bpm) e pós (68,80 bpm) intervenção. Pode-se destacar a repercussão disso, uma vez que a prece pode ser utilizada para pacientes com patologias cardíacas; observando que os muitos estudos realizados com prece foram para pacientes cardíacos (KRUCOFF et al, 2001; BENSON et al, 2006; AVILES et al, 2001; SESKEVICH et al, 2004; KRUCOFF et al, 2005).

Constata-se, com isso, e com os achados desta pesquisa, que a prece pode ser uma importante prática para o estabelecimento dos sinais vitais. O estudo de Bernardi et al (2001), com a utilização da oração da Ave-Maria, mostrou em seus resultados que a recitação dessa oração reduziu o ritmo respiratório e melhorou os parâmetros da função cardíaca, os quais foram avaliados por meio de eletrocardiograma e sinal visual de forma contínua e não invasiva. O estudo concluiu que a oração do rosário, além de ser uma prática religiosa, pode ser visto como uma prática de saúde.

Os resultados da utilização da prece como terapia alternativa neste estudo corroboram com o estudo de Mc Vicar et al (2007), realizado com voluntários de saúde, em que se utilizou como intervenção a reflexologia (aplicada de forma sistemática pelo toque especial ou pressão para pontos reflexos no pé ou mão) e observou-se redução do estado de ansiedade e parâmetros cardiovasculares, entretanto não houve efeito significativo sobre o estresse relacionado com a secreção de cortisol ou com a melatonina.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo randomizado realizado para examinar os efeitos de relaxamento e terapia de visualização (RVT) sobre o sofrimento psíquico, níveis de cortisol e parâmetros imunológicos de pacientes com câncer de mama submetidas à radioterapia. Constatou-se, nesse estudo, que a RVT reduziu a ansiedade, o estresse e o escores de depressão, entretanto os níveis de cortisol permaneceram inalterados (NUNES et al, 2007).

Estudo com meditação (CARVÃO, 2009) teve achados semelhantes ao desta pesquisa. A prática da meditação diminuiu a tensão, proporcionou relaxamento, tranquilidade, habilidade para enfrentar os desafios e reduziu o metabolismo uma vez que os batimentos cardíacos e a respiração ficaram mais lentos.

Krucoff et al (2001) em seu estudo, tiveram o objetivo de examinar o efeito de quatro terapias noéticas (relaxamento, imagem, toque e oração) em pacientes com intervenções coronarianas agudas. A oração foi realizada em seis meses de seguimento a partir do nome e da doença do paciente; com oração diária; oração no altar; invocação do Espírito Santo; oração impressa colocada no Muro das Lamentações; 24 horas de vigília; oração na capela iluminada; mantra da divindade que usa um manto de folhas e o Buda da Medicina. Aos pacientes designados para tratamento com oração, houve uma menor taxa de complicação e houve redução de 25% a 30% nos resultados adversos nos pacientes que foram tratados com alguma terapia noética.

Pode-se constatar, com os achados desta pesquisa e com os demais estudos, que a religiosidade é um fator importante. Ao se aplicar a técnica da prece estabelecida, a ansiedade diminuiu, o que foi comprovado pela comparação nos valores dos sinais vitais e de ansiedade conforme IDATE entre pré e pós intervenção.

À medida que a prece era realizada, tornava-se um tratamento constante, o estado de ansiedade era reduzido (34,2 para 31,5; 33,3 para 32,4 e 33). Este fato é dado, ao se observar cada coleta pré e pós intervenção, em que os valores sempre reduziam em relação a coleta antes da aplicação da prece.

A prece, portanto, forneceu resultados positivos neste estudo. Ela pode ser utilizada na prática clínica uma vez que na vida de um paciente com câncer a busca por terapias alternativas dá-se com frequência, conforme Teixeira, Lefrèvre (2008), em que o uso de práticas não convencionais são utilizados pelos pacientes por se deparar com o medo da doença, com os efeitos adversos do tratamento e com as experiências negativas anteriores.

Na busca do efeito da prece sobre a ansiedade de pacientes internados submetidos ao tratamento quimioterápico, constatou-se, dessa forma, eficácia em sua aplicação, com resultados satisfatórios na redução da ansiedade, fornecida pelos valores dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória) e pelo IDATE. O uso da prece permite atender ao indivíduo, não somente no aspecto

espiritual, como também no aspecto físico, uma vez que a prece desencadeia efeitos positivos no organismo da pessoa.

A prece deve ser utilizada na assistência de enfermagem, como uma opção de cuidado, pois proporciona benefícios ao tratamento convencional além de atender à pessoa em sua espiritualidade. Pesquisadores têm demonstrado a necessidade da inclusão de práticas mais humanizadas, afinal, não se cura um corpo, sem tocar na alma de alguém (PINTO et al, 2012). A aplicação da prece proporciona, com isso, uma nova perspectiva para a assistência de enfermagem e para o paciente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prece foi eficaz na redução de ansiedade de pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia. O perfil de ansiedade dos pacientes, quanto ao traço e ao estado, foi classificado como grau mediano; o perfil de religiosidade foi alto, em que todos os pacientes oravam e acreditavam no poder da oração, buscavam a prática de sua religião e sentiam a presença de Deus em suas vidas.

Com os resultados das três abordagens antes e após a intervenção da prece, constatou-se que, de grau mediano o estado de ansiedade caiu para baixo grau e os valores de frequência cardíaca e respiratória e de pressão arterial também diminuíram com a prece.

Pôde-se observar que os pacientes que aceitaram participar do estudo ficaram satisfeitos e diziam em relação à pesquisa: “irei participar, oração sempre é bom”. Os pacientes, enquanto era aplicada a prece de petição, fechavam seus olhos e permaneciam em oração; alguns derramavam lágrimas enquanto rezavam. Após acabar a prece, todos abriam os olhos, sorriam por poder naquele momento ter rezado e diziam que a oração os fortaleceu, que se sentiam mais tranquilos.

Nas coletas após a primeira intervenção com a prece, o paciente sorria quando a pesquisadora entrava no quarto de internação ou no setor de oncologia e perguntavam: “Você trouxe a oração?”. Um dos pacientes, na segunda abordagem, relatou para pesquisadora: “Aquele dia que ouvi a oração foi marcante na minha vida”. Muitos, ao final, agradeceram à pesquisadora por ter levado oração a eles e por ter proporcionado um momento com Deus durante aquele período em que estavam em tratamento.

Dessa forma, conforme o relato do pacientes, a comparação do grau de ansiedade pré e pós-intervenção e demais variáveis em estudo, pode-se dizer que a prece apresentou efeito satisfatório aos pacientes em tratamento quimioterápico, pois diminuiu o estado de ansiedade, a frequência cardíaca e respiratória e a pressão arterial.

É importante que o profissional enfermeiro atenda ao paciente nos aspectos físico, social e espiritual. Para atendê-lo em sua dimensão espiritual, o enfermeiro pode se utilizar da prece, da oração, que é uma terapia alternativa que permite um uso contínuo, simples, não tem gasto, não implica mudança da rotina do serviço hospitalar, mas precisa ser testado como técnica.

É válida a replicação do estudo em uma amostra maior, com utilização de um grupo controle do mesmo tamanho que o grupo de intervenção, para que se possam estabelecer protocolos que assegurem a utilização adequada da prece pela equipe de enfermagem.

Por este estudo ser quase experimental, com um desenvolvimento de um método para aplicação da prece, espera-se contribuir para a ciência de enfermagem não somente quanto ao conhecimento da prece, mas também para avançar na prática de estudos clínicos que testem a assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALMONDES, K. M.; ARAUJO, J. F. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 8, n. 1, p. 37-43, jan./abr. 2003.
- ANDRADE, L. H. S. G; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 285-290, nov./dez.1998.
- ANDRADE, L. et al. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 34, n. 3, p. 367-374, mar. 2001.
- ANDREATINI, R.; SEABRA, M. L. A estabilidade do IDATE-traço: avaliação após cinco anos. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 21-25, jan./mar. 1993.
- ANTONI, M. H. et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. **Brain, Behavior, and Immunity**, Pensilvânia, v. 23, n.5, p. 580-591, jul. 2009.
- APÓSTOLO, J. L. A. et al. Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 2, n. 3, p. 55-64, dez. 2006.
- ASTIN, J. A. et al. The efficacy of distant healing for human immunodeficiency virus-results of a randomized trial. **Alternatives Therapies in Health and Medicine**, v. 12, n. 6, p. 36-41, nov./dez. 2006.
- AVILES, J. M. et al. Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 76, n. 12, p. 1192-1198, dez. 2001.
- BARBOSA, L. N. F.; FRANCISCO, A. L. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 9-24, jun. 2007.

BARNES, P. M. et al. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. **Adv Data**, Estados Unidos, v. 27, n. 343, p. 1-19, may. 2004.

BARROS, A. L. B. L. et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 585-592, set./out. 2003.

BAVARESCO, T. et al. Sentimentos de crianças de uma instituição sócio-educativa com o uso da prece: elementos para o diagnóstico de enfermagem na área da espiritualidade. In: INTERNATIONAL CONGRESS AENTDE/NANDA-I, 2010, Madrid. **Anais do International Congress AENTDE/NANDA-I**. Madrid: NANDA-I/ AENTDE, 2010. p. 597-600.

BEAUREGARD, M.; PAQUETTE, V. EEG activity in Carmelite nuns during a mystical experience. **Neuroscience Letters**, v. 144, n.1, p. 1-4, out. 2008.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. Humanização da Assistência de Enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.06, n.03, set./dez. 2004.

BENSON, H., et al. Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. **American Heart Journal**, v. 151, n. 4, p. 934-942, apr. 2006.

BENSON, H. **Timeless Healing: The Power and Biology of Belief**, New York: Scribner, 1996.

BERNARDI, L. et al. Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study. **British Medical Journal**, v. 323, n. 7327, p. 1446-49, dec. 2001.

BERNE, R. M.; LEVY, M. N. **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 3, p. 366-372, jul./set. 2009.

BÍBLIA, Livro dos Salmos. **Bíblia Sagrada**: edição claretiana, Trad. de: Monges de Maredsous. São Paulo: Editora Ave-Maria, 2007. Salmo138, vers 1-24.

BLEGEN, M. A.; REIMER, T. T. Implications of Nursing Taxonomies for Middle-Range Theory Development. **Adv. Nurs. Sci**, United States, v. 19, n. 3, p. 37-49, mar. 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

BYRD, R. C. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. **Southern Medical Journal**, United States, v. 81, n. 7, p. 826-829, jul. 1988.

CABRAL, J. P. A prece revisitada: comemorando a obra inacabada de Marcel Mauss. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 13-28. 2009.

CALDEIRA S. Cuidado espiritual – rezar como intervenção de enfermagem. **CuidArte Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 157-164, jul./dez. 2009.

CARRICO, A. W., et al. A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 61, n. 1, p. 51-58, jul. 2006.

CARVÃO, R. C. B. **Oração e Meditação**: duas práticas no enfrentamento de doenças. 2009. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Centro Educacional de Blumenau, Associação Brasileira de Transpessoal, Campinas, 2009.

CASTRO, M.; MOREIRA, A. C. Análise crítica do cortisol salivar na avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 358-367, ago. 2003.

CAUMO, W. et al. Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. **Acta Anaesthesiol Scand**, England, v. 46, n. 10, p. 1265-1271, nov. 2002.

CHA, K. Y.; WIRTH, D. P. Does prayer influence the success of in vitro fertilization-embryo transfer? Report of a masked, randomized trial. **Journal Reproductive Medicine**, v. 46, n. 9, p. 781-787, sep. 2001.

CORTEZ, E. A.; TEIXEIRA, E. R. O Enfermeiro diante da religiosidade do cliente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 114-119, jan./mar. 2010.

CORTEZ, E. A. **Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade do cuidado**. 2009. 233f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CUELLAR, N., et al. Complementary and alternative medicine (CAM) use by african american (AA) and caucasian american (CA) older adults in a rural setting: A descriptive, comparative study. **BMC Complement Altern Med**, v. 3, n. 8, nov. 2003.

DALMIDA, S. G. Spirituality, mental health, physical health, and health-related quality of life among women with HIV/AIDS: integrating spirituality into mental health care. **Issues in Mental Health Nursing**, Philadelphia, v. 27, n. 2, p. 185-198, 2006.

DELGADO, C. A discussion of the concept of spirituality. **Nursing Science Quarterly**, Thousand Oaks, v. 18, n. 2, p. 157-162, apr. 2005.

DIJOSEPH, J.; CAVENDISH, R. Expanding the dialogue on prayer relevant to holistic care. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v.19, n.14, p. 147-154, jul./aug. 2005.

DOLL, R.; PETO, R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 66, n. 6, p. 1191-1308, jun. 1981.

DOSSEY, L. **As palavras curam**. São Paulo: Cultrix, 1993.

FARIA, G. A. et al. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: musicoterapia e dor. **RBM**, v. 69, n. 1, ago. 2002.

FAWCETT, T. N.; NOBRE, A. The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. **Journal Clinical Nursing**, Oxford, v. 13, n. 2, p. 136-142, feb. 2004.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 77-83, jan./mar. 2008.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E.R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272, abr./jun. 2010.

FORTES, R. C. et al. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em uso de suplementação dietética com fungos *Agaricus Sylvaticus* após seis meses de segmento: ensaio clínico aleatorizado e placebo-controlado **Rev Brás Coloproct**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 130-138, abr./jun. 2007.

FOSTER, R. **Prayer: Finding the Heart's True Home**. San Francisco: Harper San Francisco, 1992.

FRICK, E.; TYROLLER, M.; PANZER, M. Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. **Eur J Cancer Care**, v. 16, n. 2, p. 130–136, mar. 2007.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 147f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GAMA, M. M. A et al. Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). **Rev Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 1, p. 19-24, 2008.

GARROW, D.; EGEDE, L. E. National patterns and correlates of complementary and alternative medicine use in adults with diabetes. **J Altern Complement Med**, United States, v. 12, n.9, p. 895-902, nov. 2006.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIANINI, M. M. S. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. 2004. 101f. Dissertação (Psicologia Clínica) - Universidade Católica de São Paulo, 2004.

GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234. 2005.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n.1, p. 53-59, jan./fev. 2011.

GUNTERT, A. E. Contribuições da psicológica para o tratamento e reabilitação do paciente com câncer. **Acta Oncol Bras**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 84-88, mar./apr. 1995.

GUIMARAES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 88-94, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Características Gerais da População, religião e pessoas com deficiência. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2010.

ITANO, J. K. et al. Compliance and noncompliance in cancer patients. **Prog Clin Biol Res**, United States, v.120, p. 483-495, 1983.

JESSOP, D. S.; TURNER-COBB, J. M. Measurement and meaning of salivary cortisol: A focus on health and disease in children. **Stress**, v. 11, n. 1, p. 1-14. 2009.

JOHNSON, M.; MASS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos resultados de enfermagem**. Trad. Refina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2004.

JORGE, S. R.; SANTOS, P. B.; STEFANELLO, J. M F. Salivary cortisol as a physiological response to competitive stress in athletes: a systematic review. **Rev. da Educação Física**, Maringá, v. 21, n.4, p. 677-686, 2010.

JORGE, L. L. R.; SILVA, S. R. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 1-7, set./out. 2010.

HERMES PARDINI. Coleta de cortisol salivar. [Desenvolvida pelo Laboratório Hermes Pardini]. 2012. Disponibiliza informações sobre a coleta de saliva para análise de cortisol salivar. Disponível em: <http://www.hermespardini.com.br/kits/index.php?cod_kit=68>. Acesso em: 02 jan. 2012.

KAPOGIANNIS, D. et al. Cognitive and neural foundations of religious belief. **PNAS Early Edition**, Washington, v. 106, n. 12, p. 4876–4881. 2009.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, p. 43-50, out. 2005.

KIYOHARA, L. Y. et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. **Rev. Hosp. Clin**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 51-56, apr. 2004.

KOENIG, H.; PATTERSON, G.; MEADOR, K. Religion Index for psychiatric research: A 5-item measure for use in health outcomes studies. **American Journal of Psychiatry**, n.154, p.885-6, 1997.

KOIFMAN, S.; KOIFMAN, R. Environment and cancer in Brazil: an overview from a public health perspective. **Mutat Res**, v. 544, n. 2-3, p. 305-311, nov. 2003.

KRUCOFF, M. W, et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. **Lancet**, Reino Unido, v. 366, n. 9481, p. 211-217, jul. 2005.

KRUCOFF, M. W. et al. Integrative noetic therapies as adjuncts to percutaneous intervention during unstable coronary syndromes: Monitoring and Actualization of Noetic Training (MANTRA) feasibility pilot. **American Heart Journal**, Estados Unidos, v. 142, n. 5, p. 760-769, nov. 2001.

LARSON, K. The importance of spiritual assessment: one clinician's journey. **Geriatric Nursing**, Missouri, v. 24, n. 6, p. 370-371, nov./dec. 2003.

LENGACHER, C. A. et al. Frequency of use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. **Oncol Nurs Forum**, New York, v. 29, n. 10, p. 1445-1452, nov./dez. 2002.

LIN, M. F. et al. A randomised controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 20, n. 7-8, p. 988-999, apr. 2011.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos; avaliação; crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LYRA, J. H. B. **Espiritualidade**: a liberdade profética do Espírito. João Pessoa: Idéia, 2000.

MARQUES, L. F. Estratégias de enfrentamento espiritual. **Psicol. Cienc**, Brasília, v. 23, n. 2, 2003.

MARQUES, F. L. **A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-alegrenses**. 2000. 179f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MARUYAMA, S. A. T. et al. O corpo e a cultura como lócus do câncer. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 171-175, mai./ago. 2006.

MATTHEWS, W. J.; CONTI, J. M.; SIRECI, S. G. The effects of intercessory prayer, positive visualization, and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, v. 7, n. 5, p. 42-52, set./out. 2001.

McCLOSKEY, J. C; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. Tradução: Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2004.

McEWN, M.; WILLS, A. M. **Bases teóricas para enfermagem**. Tradução: Ana Maria Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Mc VICAR, A. J. et al. Evaluation of anxiety, salivary cortisol and melatonin secretion following reflexology treatment: A pilot study in healthy individuals. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 13, n. 3, p. 137-145, aug. 2007.

MEDEIROS, M.; OSHIMA, C. T. F.; FORONES, N. M. Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients. **J Gastrointest Canc**, v. 41, n. 3, p. 179–184, set. 2010.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em psicologia: revisão de literatura. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 276-289. 2009.

MENEZES, A. M. B. et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 129-134. 2002.

MERAVIGLIA, M, G. Prayer in people with cancer. **Cancer Nursing**. Philadelphia, v. 25, n. 4, p. 326-331. 2002.

MESQUITA, A. C. et al. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por paciente com câncer em tratamento quimioterápico antineoplásico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Impresso) ^{JCR}, 2013.

MIHALJEVIC, S. et al. Spiritual well-being, cortisol, and suicidality in croatian war veterans suffering from PTSD. **J Relig Health**, v. 50, n. 2, p. 464-473. 2011.

MINER-WILLIAMS, D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing an evolving theoretical framework. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 17, p. 811-821, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA. Instituto Nacional do Câncer. [Desenvolvida pelo Instituto Nacional do Câncer]. 2013. Disponibiliza informações sobre os fatores de risco para o câncer. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. _____. _____. _____. 2012a. Disponibiliza informações sobre o tratamento do câncer. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. _____. _____. _____. 2012 b. Disponibiliza informações sobre cuidado paliativo. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em 15 dez. 2012.

_____. _____. _____. _____. 2012c. Disponibiliza informações sobre prazo para início do tratamento dos pacientes com câncer. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/11/23/lei-que-fixa-prazo-para-inicio-do-tratamento-de-pacientes-com-cancer-e-sancionada>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. _____. _____. _____. 2010. Disponibiliza informações sobre orientações para os pacientes que realizam quimioterapia. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Orientacoespacientes/orientacoes_quimioterapia.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2011.

_____. _____. _____. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 122p.

_____. _____. _____. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628 p.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Rev Psiq Clínica**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 3-4, 2007.

MOREIRA, M. C.; CARVALHO, V. Manifestações de ansiedade de clientes durante tratamento quimioterápico: indicativos para o planejamento do cuidado de enfermagem. **R. de Pesq: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1/2, p. 7-16, 1./2. sem. 2005.

MULLER, M. C. Introdução. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. **Espiritualidade e qualidade de vida.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

MURPHY, T. R. The role of religious and mystic experiences in human evolution: a corollary hypothesis or neurotheology. **NeuroQuantology**, v. 8, n.4, p. 495-508, dec. 2010.

NASCIMENTO, L. J. **Humanização de enfermagem no período perioperatório e estratégias aplicadas para redução de ansiedade.** 2006, 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Enfermagem, Centro Universitário Claretiano, Batatais, 2006.

NARAYANASAMY, A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n. 7, p. 840-851, jul. 2006.

NEWBERG, A. B.; LEE, B. Y. The neuroscientific study of religious and spiritual phenomena: or why God doesn't use biostatistics. **Zygon**, v. 40, n. 2, p. 469-489, jun. 2005.

NEWBERG, A. B.; IVERSEN, J. The neural basis of the complex mental task of meditation: neurotransmitter and neurochemical considerations. **Medical Hypotheses**, v. 61, n. 2, p. 282-291, aug. 2003.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011.** Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer**: um estudo compreensivo. 2003. 225p. Trabalho de Conclusão de Curso (Tese) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NUNES, D. F. T. et al. Relaxation and guided imagery program in patients with breast cancer undergoing radiotherapy is not associated with neuroimmunomodulatory effects. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 63, n.6 p. 647-655. 2007.

NUÑEZ, H. M.; CIOSAK, S. I. Terapias Alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 – Santo Amaro – São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 3, p. 11-18. 2003.

OLIVEIRA, M. L.; PAULA, T. R.; FREITAS, J. B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 127-136. 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. [Desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde]. 1946. Disponibiliza informações sobre os direitos humanos. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 16 jan. 2011.

OLSHANSKY, B.; DOSSEY, L. Retroactive prayer: a preposterous hypothesis? **British Medical Journal**, v. 327, n. 1465, p. 20-27, dec. 2003.

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS. Cortisol Salivar. [Desenvolvida pela Oslo Universitetssykehus]. 2012. Disponibiliza informações sobre a coleta de cortisol salivar. Disponível em: <<http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/hormonlaboratoriet/provetaking-forsendelse/Sider/samling-av-spyttprover-med-salivette.aspx>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

O'Laoire, S. An experimental study of the effects of distant intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression. **Alternative Therapeutic Health Medicine**, United States, v. 3, n. 6, p. 38-53, nov. 1997.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 105-115. 2007.

PELEGRINI, L. G.; CERQUEIRA, J. A.; PERES, R. S. Morbidade psicológica em mulheres mastectomizadas: influências das reações emocionais ao câncer de mama. In: XII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2008, Uberlândia. Anais do XII Seminário de Iniciação Científica. Uberlândia: 2008. p. 63-73.

PERSINGER, M. A. Are our brains structured to avoid refutations of belief in God? An experimental study. **Religion**, v. 39, n.1, p. 34-42, mar. 2009.

PESUT, B. Fundamental or foundational obligation? Problematizing the ethical call to spiritual care in nursing. **Advances in Nursing Science**, Hagerstown, v. 29, n. 2, p. 125-133. 2006.

PINTO, F. E. L. J. et al. Influência da Música na Dor e na Ansiedade decorrentes de Cirurgia em Pacientes com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. 135-141. 2012.

PISANI, P.; BRAY, F.; PARKIN, D. M.. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. **Int J Cancer**, v. 97, n. 1, p. 72-81, jan. 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre RS: Artmed, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAGHAVENDRA, R. M. et al. Effects of a yoga program on cortisol rhythm and mood states in early breast cancer patients undergoing adjuvant radiotherapy: a randomized controlled trial. **Integr Cancer Ther**, v. 8, n. 1, p. 37-46, mar. 2009.

Resolução COFEN 240/2000. **Dos Princípios Fundamentais**, cap. I. 2000. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4280>>. Acesso em: 10 out. 2011.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 431-441, 2010.

ROSA, M. I.; SILVA, F. R.; SILVA, N. C. A oração intercessória no alívio de doenças. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 1, p. 103-108. 2007.

ROSS, L. E. et al. Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002. **J Altern Complement Med**, v. 8, n. 14, p. 931-938, oct. 2008.

ROYAL COLLEGE OF NURSING. A report by the Royal College of Nursing on members' views on spirituality and spiritual care in nursing practice. **Royal College of Nursing**, 38p, jun. 2011.

SÁ, A. C. A ciência do ser humano unitário de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 171-176, ago. 1994.

SANTOS, I. et al. Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções. Série atualização em enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

SARAIVA, E. M.; FORTUNATO, J. M.; GAVINA, C. Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Porto, v. 7, n. 1-2, p. 89-100, jan./dez. 2005

SARRIERA, J. C. **Saúde, bem-estar espiritual e qualidade de vida**: pressupostos teóricos e pesquisas atuais. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SAVIOLI, R. M. Oração e cura – fato ou fantasia?. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 281-289, abr./jun. 2007.

SAWATZKY, R.; PESUT, B. Attributes of spiritual care in nursing practice. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v. 23, n. 1, p. 19-33, 2005.

SEPÚLVEDA, C.; MARLIN, A.; YOSHIDA, T.; ULLRICH, A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 24, n. 2, p. 91-96. ago. 2002.

SESKEVICH, J. E. et al. Beneficial effects of noetic therapies on mood before percutaneous intervention for unstable coronary syndromes. **Nursing Research**, v. 53, n. 2, p. 116-21, 2004.

SHAROVSKY, L. L. **Análise de sintomas depressivos e ansiosos nas variáveis clínicas da síndrome metabólica**. 2010. 144p. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SILVA, M. H. M. et al. Avaliação morfométrica dos hepatócitos de ratos diabéticos tratados com NEEM (*Azadirachta indica* A. JUSS) e estreptozotocina 6 CH. **Acta Veterinária Brasilica**, v. 5, n. 3, p. 270-277. 2011.

SILVEIRA, R. S. et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, p. 125-130. 2005.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Manual for the state-trait anxiety inventory (“self-evaluating questionnaire”)**. California: Consulting-Psychologists, 1970.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Tradução e adaptação de Ângela Biaggio. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada – CEPA, 1979.

SPIEGEL, D. Facilitating emotional coping during treatment. **Cancer**, New York, v. 66, n. 14, p. 1422-1426, set. 1990.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, p. 1-51. 2010.

SOO-QUEE, D. K; CHOON-HUAT, G. K. The use of salivary biomarkers in occupational and environmental medicine. **Occup Environ Med**, v. 64, n.3, p. 202-210, mar. 2007.

SOUZA, P. L. R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte. **Psiquiatr Med**. v. 34, n.4, p. 112-117. 2001.

STERN, J.; JAMES, S. Every person matters: enabling spirituality education for nurses. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, n.7, p. 897-904. 2006.

STIEFEL, F.; RAZAVI, D. Common psychiatric disorders in cancer patients: II. Anxiety and acute confusional states. **Support Care Cancer**, Berlin, v. 2, n. 4, p. 233-237, jul. 1994.

STRAWBRIDGE, W. J. et al, Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. **American Journal of Public Health**, New York, v. 87, n. 6, p. 957-61, jun. 1997.

SWINTON, J. PATTISON, S. Moving beyond clarity: towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. **Nursing Philosophy**, Oxford, v. 11, n. 4, p. 226-237, oct. 2010.

TAUNAY, T. C. D. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de DUKE (DUREL). **Rev Psiq Clín**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 130-135. 2002.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. **Fundamentos de enfermagem**. A arte e a ciência do cuidado de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TEIXEIRA, J. J. LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, jul./ago. 2008.

TOSTA, C. E. A prece cura. **Brasília Med**. Brasília, v. 34, p.38-45. 2004a.

TOSTA, C. E. A prece cura. In: TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C.; SILVA, J. D. T. **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004b.

TRAEGER, L. et al. Evidence-Based Treatment of anxiety in patients with cancer. **J Clin Oncol**, v. 30, n. 11, p.1197-205, apr. 2012.

TROVO, M. M.; SILVA, M. J. P.; LEÃO, E. R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 483-489, jul./ago. 2003.

UPCHURCH, C. M.; CHYU, L. Use of complementary and alternative medicine among american women. **Womens Health Issues**, New York, v. 15, n. 1, p. 5-13, jan./feb. 2005.

VALCANTI, C. C. et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 838-845, ago. 2012.

VALENTIM, M. E. N. Relação entre religiosidade e orientação moral de homens e mulheres. 2008. 115p. Dissertação (Mestrado em Educação na Especialidade de Formação Pessoal e Social) - Faculdade de Ciências Departamento de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

VAN LEEUWEN, R.; CUSVELLER, B. Nursing competences for spiritual care. **Journal Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, n. 3, p. 234-246, nov. 2004.

VASCONCELOS, A. S.; COSTA, C.; BARBOSA, L. N. F. Do transtorno de ansiedade ao câncer. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-71, dez. 2008.

VIVAT, B. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. **Palliative Medicine**, London, v. 22, n. 7, p. 850-868, oct. 2008.

VOLCAN, S. M. A et al. Relação entre bem estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: um estudo transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, aug. 2003.

YEH, G. Y. et al. Use of complementary and alternative medicine among persons with diabetes mellitus: Results of a national survey. **Am J Public Health**, v. 92, p. 1648-1652, oct. 2002.

WANG, D. J. J. et al. Cerebral blood flow changes associated with different meditation practices and perceived depth of meditation. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, v. 191, p.60–67. 2011.

WILKINSON, J. M.; LEUVEN, K. V. **Fundamentos de enfermagem**: teoria, conceitos e aplicações. Tradução: Claudio Fava Chagas, Gabriella Vera Maia Caruso, Silvia Spada. Revisão científica: Maria Nogueira Castaldi Abel, Cristiane Lopes. São Paulo: Roca, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) – report on WHO Consultation. WHO/MAS/MHP. Geneva, v. 98, n. 2, p. 2-13. 1998.

WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB. 2001.

WHITE, M.; VERHOEF, M. Cancer as part of the journey: The role of spirituality in the decision to decline conventional prostate cancer treatment and to use

complementary and alternative medicine. **Integr Cancer Ther**, Thousand Oaks, v. 2, n. 5, p. 117-122, jun. 2006.

WHITE, L.; DUNCAN, G.; BAUMLE, W. Fundamentos de Enfermagem Básica. São Paulo: Cengage Learning, 2012. 1078p.

APÊNDICE A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



Prezado Sr. Aécio Lourenço de Assis,

Solicito autorização para realizar o projeto de pesquisa, intitulado "A prece intercessória e o estresse no tratamento quimioterápico", como dissertação de Mestrado, referente à pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG, com os pacientes portadores de câncer, no setor de Oncologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Alfenas, após concordância do paciente e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A dissertação será desenvolvida pela enfermeira Camila Csizmar Carvalho, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Érika de Cássia Lopes Chaves, e tem o objetivo de verificar se o uso da prece intercessória pode funcionar como um fator de proteção no momento de estresse do paciente. O projeto segue em anexo à carta.

Alfenas, 15 de fevereiro de 2011.

Camila Csizmar Carvalho

Camila Csizmar Carvalho
 Enfermeira

Érika de Cássia Lopes Chaves

Érika de Cássia Lopes Chaves
 Orientadora do Projeto de Pesquisa

Eu, Aécio Lourenço de Assis, autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado "A prece intercessória e o estresse no tratamento quimioterápico", no setor de Oncologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Alfenas.

Alfenas, 16 de fevereiro de 2011.

Aécio Lourenço de Assis

Aécio Lourenço de Assis
 Administrador do Hospital Santa Casa

APÊNDICE B



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
 _____, RG _____, abaixo assinado, **DECLARO** para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito da pesquisa, que fui devidamente esclarecida sobre o projeto de pesquisa intitulado “Efeito da prece sobre a ansiedade de pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico” que será desenvolvida pela enfermeira **Camila Csizmar Carvalho**, tendo como orientadora a **Profª. Drª. Érika de Cássia Lopes Chaves** da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG, quanto aos seguintes aspectos:

1. Justificativa, objetivos e procedimentos a serem utilizados na pesquisa;
2. Desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
3. Garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia por meio de informações claras e precisas;
4. Liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem quaisquer penalizações ou prejuízos;
5. Garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-me absoluta privacidade.
6. Que os dados serão divulgados em eventos e publicações, garantindo o sigilo de minha pessoa.

DECLARO, ainda, que após convenientemente esclarecido acerca das condições que me foram apresentadas e entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar do referido estudo.

Alfenas, _____ de _____ de 2012.

 ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Camila Csizmar Carvalho
 Pesquisadora Responsável

Érika de Cássia Lopes Chaves
 Orientadora do Projeto de Pesquisa

Contato: Universidade Federal de Alfenas - Escola de Enfermagem. Rua Gabriel Monteiro da Silva 700 Centro CEP: 37130-000 Alfenas/MG. Fone: (35) 3299-1380 ou (35) 3299-1382.

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E ESPIRITUAIS**

Data: __/__/____

1. CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Nome: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Sexo: ()M ()F DN: ____/____/____ Idade (anos): _____

A) Nível de escolaridade:

() Sem escolaridade () Ensino Fundamental () Ensino médio () Ensino superior () Pós-graduação

B) Estado civil:

() Solteiro(a) () Casado(a)/ Com companheiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

C) Renda pessoal aproximada (em reais): _____

D) Renda familiar mensal aproximada (em reais): _____

E) Pessoas com quem mora:

() Pais () Esposo(a) () Filho(a) () Amigos(a) () Outra. **Especificar:** _____

F) Crença Religiosa:

() Catolicismo () Evangélica () Espiritismo () Ateu () Sem religião, mas espiritualizado
() Outra. **Especificar:** _____

G) Profissão: _____

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A) Você é etilista? () Sim () Não Se sim, desde quando?

B) Você é tabagista? () Sim () Não Se sim, desde quando?

C) Tem doença como diabetes, hipertensão? () Sim () Não Se sim, qual?

D) Você já teve algum câncer anteriormente? () Sim () Não

E) Você sabe qual o seu diagnóstico? () Sim () Não **Qual:** _____

F) Quanto tempo (em meses) descobriu a doença atual? _____

G) Tempo da descoberta da doença até o início do tratamento da quimioterapia: _____

H) Quanto tempo será o tratamento de quimioterapia? _____

I) Sente efeito colateral da quimioterapia?! () Sim () Não **Qual:** _____

Intensidade: () leve () moderado () grave

J) Já realizou algum outro tipo de tratamento para a doença? () Sim () Não

Se sim, qual: () Radioterapia () Cirurgia () Imunoterapia **Quando?** _____

J) Faz uso contínuo de algum medicamento: () Sim () Não **Se sim, qual:** _____

3. RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

A) Você faz oração? () Sim () Não **Se sim, com qual frequência?** _____

B) Você acredita no poder da oração? () Sim () Não

C) Sua família ou seus amigos estão orando por você? () Sim () Não

D) Participa de algum grupo de apoio? () Sim () Não

E) Faz algum tipo de tratamento espiritual? () Sim () Não

APENDICE D – Refinamento dos instrumentos de coleta de dados

Prezado Colega:

Estou realizando um estudo denominado “Efeito da prece sobre a ansiedade de pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico” e gostaria da sua colaboração para avaliação do instrumento a ser destinado à coleta de dados, para caracterização dos sujeitos de pesquisa.

O seu julgamento deve ser quanto à facilidade de leitura, clareza, objetividade e apresentação do instrumento propriamente dito. Para isto, solicito que leia o instrumento em anexo e responda no formulário abaixo às questões destinadas à sua avaliação.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos e agradeço sua colaboração.

Camila Csizmar Carvalho

Roteiro de refinamento dos instrumentos de coleta de dados

a) Aspecto geral:

ITENS/AVALIAÇÃO	Compreensão	Formato/apresentação	Pertinência
Título do instrumento	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não
Aparência do instrumento	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não
Identificação do sujeito	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não
Orientações oferecidas	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não
Conceitos utilizados	() Sim () Não	() adequado () inadequado	() Sim () Não

Sugestões e comentários:

b) Itens do instrumento:

Características sócio-demográficas	Rótulo	Formato/Apresentação	Conceito apresentado
Nível de escolaridade	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Estado civil	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Renda familiar mensal aproximada	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Pessoas com quem mora	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Religião	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado

Sugestões e comentários:

Características Clínicas	Rótulo	Formato/Apresentação	Conceito apresentado
Idade no diagnóstico da doença	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Já realizou algum tipo de tratamento para este câncer	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Estadiamento da doença (TNM)	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Faz uso contínuo de algum medicamento	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Participa de algum grupo de apoio ao paciente oncológico	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado

Sugestões e comentários:

Religiosidade e Espiritualidade	Rótulo	Formato/Apresentação	Conceito apresentado
Você reza	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Você acredita no poder da oração	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado
Sua família ou seus amigos estão rezando por você	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado	() adequado () inadequado

Sugestões e comentários:

ANEXO A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que o projeto intitulado “A PRECE INTERCESSÓRIA E O ESTRESSE NO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO” foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG, recebendo o parecer **APROVADO**, conforme registro em Ata da 84ª. Reunião, de 05 de maio de 2011, protocolo N^o. 063/2011.

Alfenas, 11 de maio de 2011.


Profa. Dra. Maísa Ribeiro Pereira Lima Brigagão
Coordenador do CEP

ANEXO B

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

ANEXO C

PARTE I – IDATE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo -----4 Um pouco -----2

Bastante -----3 Absolutamente não ----1

1. Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
3. Estou tenso.....	1	2	3	4
4. Estou arrependido.....	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7. Estou preocupado com possíveis infortúnios.....	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso.....	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa".....	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13. Estou agitado.....	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos.....	1	2	3	4
15. Estou descontraído.....	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito.....	1	2	3	4
17. Estou preocupado.....	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre.....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.....	1	2	3	4

* Os itens marcados em **vermelhos** são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.

PARTE II – IDATE TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO

Quase sempre -----4 Às vezes -----2

Frequentemente -----3 Quase nunca -----1

1. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente.....	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.....	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.....	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz.....	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.....	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo.....	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.....	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido.....	1	2	3	4
16. Estou satisfeito.....	1	2	3	4
17. Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.....	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento.....	1	2	3	4

* Os itens marcados em **vermelhos** são as perguntas de carácter positivo do IDATE-traço.