UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TALITA PRADO SIMÃO MIRANDA

Efeito da prece de intercessão nas medidas de variáveis psicológicas, espirituais e biológica de pacientes com câncer de mama em tratamento de radioterapia: ensaio clínico

Ribeirão Preto - SP
2017

TALITA PRADO SIMÃO MIRANDA

Efeito da prece de intercessão nas medidas de variáveis psicológicas, espirituais e biológica de pacientes com câncer de mama em tratamento de radioterapia:
ensaio clínico

Versão Original

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Emília Campos de Carvalho.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Alves Caldeira Berenguer.

Ribeirão Preto - SP

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

MIRANDA, Talita Prado Simão

Efeitos da prece de intercessão nas medidas de variáveis psicológicas, espirituais e biológica de pacientes com câncer de mama em tratamento de radioterapia: ensaio clínico. Ribeirão Preto, 2017.

148 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carvalho, Emília Campos de

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Berenguer, Silvia Maria Alves Caldeira

1. Enfermagem. 2. Neoplasia de mama. 3. Espiritualidade. 4. Cura pela fé. 5. Ansiedade. 6. Depressão. 7. Amilase salivar. 8. Radioterapia.

MIRANDA, T. P. S. **Efeito da prece de intercessão nas medidas de variáveis psicológicas, espirituais e biológica de pacientes com câncer de mama em tratamento de radioterapia:** ensaio clínico. 2017, 148 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof(a). Doutor(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Doutor(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Doutor(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Doutor(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Doutor(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

*À Deus e a Maria Santíssima por serem presença constantes na
minha vida, por guiar sempre os meus passos,
pela sabedoria sem a qual não chegaria a este
momento e por me proporcionar paz nos
momentos de tribulações.*

*À minha família pelo incentivo constante que me impulsiona a
vencer os obstáculos.*

*À minha querida irmã Aline que deixou entre nós um exemplo
de fé que transcende além da vida e sinto que de
onde está olha e intercede por nós com o carinho
imensurável.*

*Ao meu eterno namorado Júnior pela compreensão nos meus
momentos de ausência e pelo incentivo.*

AGRADECIMENTOS

Deixo o meu agradecimento a todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram a trilhar essa fase da minha vida e chegar ao final dela mais amadurecida pessoalmente e profissionalmente.

Em especial aos meus pais, José Benedito e Suelly que são as minhas fortalezas e que por acreditarem na minha capacidade, muitas vezes abdicaram seus planos e sonhos em prol dos meus, amo-os infinitamente.

Ao meu irmão Adriano, pela paciência, apoio, carinho e disponibilidade sem igual para me ajudar sempre que necessito.

Aos meus cunhados, pelas palavras de carinho e incentivo.

Aos meus sobrinhos queridos que ajudaram deixar esta caminhada mais amena.

Aos meus sogros pelo apoio sincero e pelas orações que me fortaleceram.

Ao meu esposo Júnior, pelo amor, carinho, apoio e companheirismo sem igual.

*Em memória dos meus entes queridos, em especial minha irmã
Aline, que sempre confiou na minha capacidade e
que agora junto ao Pai me guia rumo ao sucesso.*

*Às minhas amigas Aline e Ana Paula que mesmo distantes se
mostraram sempre presentes.*

*À família Vita et Pax que me acolheu com tanto carinho, onde
pude aprimorar minha espiritualidade e
religiosidade e conviver com pessoas tão especiais
que levarei no meu coração.*

*Aos colegas do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Comunicação
com as quais pude compartilhar conhecimentos e
momentos especiais da minha vida.*

À Rosemeire Garcia pela amizade, apoio e carinho.

*À minha orientadora Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho,
por acreditar em mim e na minha capacidade, assim
como, pelos conhecimentos transmitidos, os quais
contribuíram de forma ímpar para o meu
crescimento como pesquisadora e educadora.*

*À minha coorientadora Profa. Dra. Sílvia Caldeira, por aceitar
participar desta pesquisa peculiar e ajudar a lapidar
este estudo com o seu conhecimento e experiência.*

Às Professoras Doutoras Erika Chaves e Denise Iunes que foram as primeiras que acreditaram no meu potencial e me impulsionaram a voar mais alto na busca de novos conhecimentos científicos.

Às pacientes pelo convívio durante a fase de coleta de dados, que foram muito mais que participantes na pesquisa, com muitas das quais aprendi a ser uma pessoa melhor, reconhecer quão importante é viver o momento presente e valorizar as pessoas que estão ao nosso lado.

À equipe do Ambulatório de Radioterapia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto por me aceitar entre eles e acreditar na importância desta pesquisa conciliada ao tratamento convencional.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial ao Programa de Doutorado Interunidades, por conceder a oportunidade de cursar o doutorado.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial a Flávia Oliveira, pelo carinho e sorriso acolhedor.

Ao CNPq pelo incentivo financeiro no desenvolvimento da pesquisa.

Aos não lembrados ou não citados, peço que perdoem a injustiça do esquecimento.

Epígrafe

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana."

Carl Gustav Jung

RESUMO

MIRANDA, T. P. S. **Efeito da prece de intercessão nas medidas de variáveis psicológicas, espirituais e biológica de pacientes com câncer de mama em tratamento de radioterapia:** ensaio clínico. 2017. 148 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O diagnóstico do câncer, aliado ao órgão que este acomete, traz implicações significativas como no caso do câncer de mama para as mulheres, por apresentar relações com a feminilidade e sexualidade e ao processo de tratamento em busca da cura, destacando-se a radioterapia, indicada pelo menos para a metade das pacientes e que ocasiona efeitos colaterais que comprometem o bem estar. Diante dessa situação, pode existir sentimentos que propiciam conflitos existenciais, afetando tanto a dimensão espiritual, expresso pelo fenômeno angústia espiritual, quanto a dimensão emocional, que pode favorecer o aparecimento de morbidade psicológica. Para enfrentar tal situação, as mulheres podem fazer uso de estratégias cognitivas e comportamentais relacionadas à religiosidade e à espiritualidade, como a denominada *coping* religioso/espiritual. Ainda, como meio de enfrentar essa nova fase de vida, os recursos religiosos, como a oração podem se mostrar presentes. Entretanto, os efeitos que a oração pode proporcionar ainda são alvo de questionamentos, despertando, assim, motivos para investigá-la. O presente estudo teve por propósito avaliar o efeito da prece de intercessão na medida de angústia espiritual, de morbidade psicológica (ansiedade e depressão), de *coping* religioso/espiritual e de amilase salivar em pacientes com câncer de mama em tratamento radioterápico. Para tanto, realizou-se um ensaio clínico aleatorizado, duplo cego, no período de setembro de 2015 a maio de 2016. Participaram 31 pacientes, sendo 16 alocados no grupo intervenção e 15 no grupo controle; foi realizada coleta de dados em três tempos: antes da intervenção ser implementada (T₀), na metade (T₁) e no término das sessões do tratamento de radioterapia de cada paciente (T₂), o qual inclui as doses de reforço (*boost*). No T₀ houve coleta dos dados referentes às variáveis sociodemográficas, clínicas e de religiosidade, bem como das escalas de angústia espiritual, de ansiedade e depressão hospitalar e de *coping* religioso/espiritual e, ainda, da amilase salivar, que complementou a

avaliação da ansiedade. Após o T₀, um grupo de seis pessoas cristãs iniciaram uma oração, em ambiente extra hospitalar, com a frequência de uma hora por dia até o término do tratamento para as pessoas aleatorizadas no grupo intervenção. Nos demais tempos do estudo, T₁ e T₂, as avaliações foram realizadas por meio dos instrumentos já descritos e da amilase salivar. Identificou-se que a variável angústia espiritual apresentou mudanças significativas, tanto na fase do pós-teste T₂ na análise intergrupo ($p=0,021$) com tamanho do efeito considerado de grande magnitude ($ES=0,962$) quanto nas fases entre o pós-teste T₂ com T₀ na análise intragrupo ($p=0,004$). Na análise intragrupo também se verificou mudanças significativas para as variáveis *coping* religioso/espiritual negativo, tanto nas fases entre T₁ com T₀ ($p=0,049$) quanto entre T₂ com T₀ ($p=0,028$), bem como para *coping* religioso/espiritual total entre as fases T₂ e T₀ ($p=0,014$). Conclui-se que a oração intercessória mostrou-se efetiva com relação à redução de angústia espiritual e teve efeito nos escores da escala *coping* religioso/espiritual, isto é, no modo de enfrentar a situação vivenciada, buscando estratégias religiosas e espirituais para resolver o problema.

Palavras-chave: Enfermagem. Neoplasia de mama. Espiritualidade. Cura pela fé. Ansiedade. Depressão. Amilase salivar. Radioterapia.

ABSTRACT

MIRANDA, T. P. S. **Effect of intercessory prayer's on measure of psychological variables, spiritual and biological of patients with breast cancer in radiotherapy treatment:** clinical trial. 2017. 148 f. Thesis (Doctoral in science) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2017.

The diagnosis of cancer, together with the organ that it affects, has significant implications as in the case of breast cancer for women, because it presents relationships with femininity and sexuality and the treatment process in search of cure, especially radiotherapy, indicated for at least half of the patients causes side effects that compromise the well being. Given this situation, women can experience feelings that lead to existential conflicts, affecting both their spiritual dimension, expressed by spiritual anguish, and their emotional dimension, which may favor the appearance of psychological morbidity. To address such a situation, women can make use of cognitive and behavioral strategies related to religiosity and spirituality, such as religious / spiritual coping. Yet, prayer can be used as religious resource and a mean of facing this new phase of life. However, the effects of prayer remain under questioning, and require further research. The purpose of this study was to evaluate the effect of intercessory prayer in the measure of spiritual distress, psychological morbidity (anxiety and depression), religious / spiritual coping and salivary amylase patients with breast cancer undergoing radiotherapy. A randomized, double-blind clinical trial was conducted between September 2015 and May 2016. Participated 31 patients, being 16 allocated in the intervention group and 15 in the control group; was performed data collection in three times: before the intervention was implemented (T0), half (T1) and at the end of the sessions of the treatment of radiotherapy of each patient (T2), which includes the doses of reinforcement (boost). In the T₀, data on sociodemographic, clinical and religious variables were collected, as well as on the spiritual distress, anxiety and hospital depression and religious / spiritual coping and salivary alpha-amylase scales, which complemented the assessment of anxiety. After T₀, a group of six Christian individuals started a prayer in an extra-hospital environment at the frequency of one hour a day until the end of the treatment for those randomized in the intervention group. At the other times of the study, T₁ and T₂, the assessments were performed using the previously described instruments and

salivary alpha-amylase. The variable spiritual anguish have presented significant changes, both in the post-test phase T₂ in the intergroup analysis ($p = 0.021$) with size of the effect considered of great magnitude ($ES = 0.962$), and in the phases between post-test T₂ with the T₀ in the intragroup analysis ($p = 0.004$). Significant changes have been found in the religious / spiritual negative coping variables, both in the phases between T₁ with T₀ ($p = 0.049$) and between T₂ with T₀ ($p = 0.028$), as well as for total religious / spiritual coping between phases T₂ and T₀ ($p = 0.014$). Intercessory prayer was effective in decreasing spiritual distress and had effect on the scores of the religious / spiritual coping scale, that is, in the way of facing the lived experience, and using religious and spiritual strategies seeking to overcome the problem.

Keywords: Nursing. Breast neoplasm. Spirituality. Faith healing. Anxiety. Depression. Salivary amylase. Radiotherapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes para as variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	77
Tabela 2 -	Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes para as variáveis clínicas. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	79/80
Tabela 3 -	Identificação do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual por diferentes métodos. Ribeirão Preto 2015/2016.....	83
Tabela 4 -	Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes para as variáveis de identificação da religiosidade/ espiritualidade. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.	85/86
Tabela 5 -	Teste de Consistência Interna dos instrumentos por meio do <i>Alpha de Cronbach</i> . Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	89
Tabela 6 -	Medidas da variável angústia espiritual nos diferentes tempos de estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	90/91
Tabela 7 -	Medida da variável ansiedade nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto 2015/ 2016.....	92
Tabela 8 -	Medida da variável depressão nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	92
Tabela 9 -	Medidas da variável morbidade psicológica nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	93
Tabela 10 -	Medidas da variável amilase salivar nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	95
Tabela 11 -	Medidas da variável CREP nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	96

Tabela 12 -	Medidas da variável CREN nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	97
Tabela 13 -	Medidas da variável CRE Total nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	97/98
Tabela 14 -	Teste de Normalidade <i>Shapiro-Wilk</i> para as variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e <i>coping</i> religioso/espiritual (positivo, negativo e total) do Grupo Controle (G.C) e do Grupo Intervenção (G.I) nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	99
Tabela 15 -	Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e <i>coping</i> religioso/espiritual (positivo, negativo e total) do Grupo Controle (G.C) e do Grupo Intervenção (G.I) no pré-teste (T ₀) pelo teste <i>Mann-Whitney</i> . Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	100
Tabela 16 -	Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e <i>coping</i> religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre o Grupo Controle (G.C) e o Grupo Intervenção (G.I) no pós-teste (T ₁) pelo teste de <i>Mann-Whitney</i> . Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	101/102
Tabela 17 -	Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e <i>coping</i> religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre o Grupo Controle (G.C) e o Grupo Intervenção (G.I) no pós-teste (T ₂) pelo teste de <i>Mann-Whitney</i> . Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	103
Tabela 18 -	Escore da variável angústia espiritual para as participantes do Grupo Controle (G.C) e do Grupo Intervenção (G.I) no pós-teste (T ₂). Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	104

Tabela 19 -	Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e <i>coping</i> religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre os períodos do estudo no Grupo Controle pelo teste de <i>Wilcoxon</i> . Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	105/106
Tabela 20 -	Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e <i>coping</i> religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre os períodos do estudo no Grupo Intervenção pelo teste de <i>Wilcoxon</i> . Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	107/108
Tabela 21 -	Escore da variável angústia espiritual entre os períodos do pós-teste (T ₂) e do pré-teste (T ₀) Grupo Intervenção. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	110
Tabela 22 -	Escore da variável <i>Coping</i> Religioso/Espiritual total (CRE Total) entre os períodos do pós-teste (T ₂) e do pré-teste (T ₀) grupo intervenção. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	110
Tabela 23 -	Escore da variável <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Negativo (CREN) entre os períodos do pós-teste (T ₁ e T ₂) e do pré-teste (T ₀) grupo intervenção. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.....	111

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Sistema para a coleta e análise da amilase salivar: analisador portátil Cocoro Meter® e fita de teste descartável.....	66
Figura 2 -	Combinação das variáveis usadas nos envelopes.....	67
Figura 3 -	Diagrama de aleatorização dos participantes elegíveis.....	68
Figura 4 -	Esquema dos passos do estudo.....	70
Figura 5 -	Diagrama de fluxo das participantes do estudo.....	75
Figura 6 -	Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual apresentadas pelas participantes.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE®	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
CRE-Breve	Escala de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual abreviada
CREN	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual Negativo
CREP	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual Positivo
CRET	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual Total
G.C	Grupo Controle
G.I	Grupo Intervenção
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
NANDA-I	NANDA International, Inc.
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
SDS	Escala de Angústia Espiritual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
2.1	CÂNCER DE MAMA E O TRATAMENTO RADIOTERÁPICO.....	29
2.2	FATORES PSICOESPIRITUAIS E O CÂNCER DE MAMA.....	34
2.3	<i>COPING</i> RELIGIOSO/ESPIRITUAL.....	39
2.4	USO DA PRECE COMO INTERVENÇÃO DE APOIO ESPIRITUAL	42
3	OBJETIVOS.....	46
3.1	OBJETIVO GERAL.....	47
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
4	HIPÓTESES.....	48
4.1	HIPÓTESE GERAL.....	49
4.2	HIPÓTESES ESPECÍFICAS.....	49
5	MÉTODOS.....	51
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	52
5.2	LOCAL DE ESTUDO.....	53
5.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	54
5.3.1	Cálculo amostral.....	55
5.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
5.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS E AVALIAÇÃO.....	57
5.5.1	Instrumento de triagem (avaliação dos critérios de inclusão) e de seguimento das fases do estudo.....	57
5.5.2	Formulário de entrevista (dados sociodemográficos, clínicos e de identificação religiosidade/espiritualidade).....	57
5.5.3	Escala de Angústia Espiritual (SDS).....	58

5.5.4	Instrumento com características definidoras do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual.....	59
5.5.5	Instrumento de avaliação pelo próprio paciente sobre a presença do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual	59
5.5.6	Escala <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve).....	60
5.5.7	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).....	61
5.6	ESTUDO PILOTO.....	61
5.7	COLETA DE DADOS.....	62
5.7.1	Rastreamento.....	63
5.7.2	Operacionalização.....	63
5.7.3	Identificação das medidas de variáveis psicológicas, espirituais e biológica.....	64
5.7.3.1	Identificação da angústia espiritual.....	65
5.7.3.2	Identificação do <i>coping</i> religioso/espiritual.....	65
5.7.3.3	Identificação da presença de morbidade psicológica (ansiedade e depressão).....	65
5.7.3.4	Identificação complementar da presença de ansiedade pela amilase salivar.....	65
5.7.4	Aleatorização.....	67
5.7.5	Intervenção.....	68
5.7.6	Mascaramento.....	69
5.7.7	Avaliação dos resultados.....	69
5.8	ANÁLISE DOS DADOS.....	71
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	73
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E IDENTIFICAÇÃO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE.....	76
6.2	ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS.....	89

6.3	DESCRIÇÃO DAS MEDIDAS DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	90
6.3.1	Distribuição das participantes do grupo controle e do grupo intervenção com relação a variável angústia espiritual.....	90
6.3.2	Distribuição das participantes do grupo controle e do grupo intervenção com relação a variável morbidade psicológica.....	91
6.3.3	Distribuição das participantes do grupo controle e do grupo intervenção com relação a variável amilase salivar.....	94
6.3.4	Distribuição das participantes do grupo controle e do grupo intervenção com relação a variável <i>coping</i> religioso/espiritual.	96
6.4	TESTE DE NORMALIDADE DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	98
6.5	EQUIVALÊNCIA DAS VARIÁVEIS NO PRÉ-TESTE (T ₀).....	100
6.6	TESTES DE HIPÓTESES.....	101
6.6.1	Análise do efeito da prece intercessória nas medidas das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, <i>coping</i> religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre o Grupo Controle e o Grupo Intervenção na fase do pós-teste (T ₁).....	101
6.6.2	Análise do efeito da prece intercessória nas medidas das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica e <i>coping</i> religioso/espiritual entre o Grupo Controle e o Grupo intervenção na fase do pós-teste (T ₂).....	103
6.6.3	Análise do efeito da prece intercessória nas medidas das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica e <i>coping</i> religioso/espiritual do Grupo Controle nas fases do pré-teste (T ₀) e do pós-teste (T ₁ e T ₂).....	105
6.6.4	Análise do efeito da prece intercessória nas medidas das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica e <i>coping</i> religioso/espiritual do Grupo Intervenção nas fases do pré-teste (T ₀) e do pós-teste (T ₁ e T ₂).....	107
7	CONCLUSÕES.....	114

8	LIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	118
9	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	120
	REFERÊNCIAS.....	122
	ANEXOS.....	143

1 Introdução

O câncer é uma enfermidade que acomete inúmeras pessoas de diferentes raças e classes sociais. No Brasil, a incidência e a mortalidade em decorrência desta doença têm aumentado consideravelmente, sendo a segunda causa de morte na população (BRASIL, 2011). Esta patologia ocupa lugar de destaque no contexto das doenças crônicas, visto que, embora haja ocorrência de avanços na busca pela sua cura, ainda permanece como uma doença de causa não conhecida e com tratamentos não totalmente eficientes (SALES et al., 2010).

A sociedade ainda apresenta estigma no que se refere ao câncer, visto ser uma doença considerada sem cura, que evidencia a proximidade com a morte, assim como acarretar dor e sofrimento prolongado (KOENIG, 2001; SILVA, M. S. et al., 2014). Consequentemente, a notícia do diagnóstico de câncer causa um impacto negativo na vida das pessoas (VISONÁ; PREVEDELLO; SOUZA, 2012).

Dentre os tipos de câncer que mais acometem a população brasileira, destacam-se as neoplasias malignas da mama feminina. A estimativa para o biênio de 2016-2017 aponta a sua ocorrência em 58 mil mulheres, sendo a principal causa de óbitos nas regiões menos favorecidas e a segunda nas regiões mais desenvolvidas (BRASIL, 2015). A faixa etária continua sendo um dos mais importantes fatores de risco na ocorrência desta enfermidade, visto que a sua incidência aumenta rapidamente até os 50 anos (BRASIL, 2015).

O convívio com o câncer, em especial o de mama e suas formas de tratamento, dentre elas a radioterapia, uma das modalidades em que aproximadamente 50% dessas pacientes são submetidas (JEMAL et al., 2010), podem ocasionar tanto efeitos colaterais, como dor e fadiga que afetam o bem-estar, quanto intensa angústia e ansiedade (SILVA, E. C. S. et al., 2014; FORTUNATO et al., 2015); estes efeitos podem gerar conflitos existenciais e possibilitarem a origem do fenômeno sofrimento espiritual que, por sua vez, agrava os sintomas físicos e emocionais e a capacidade de enfrentar a doença (GRANT et al., 2004)

O sofrimento espiritual (00066) é um diagnóstico de enfermagem proposto pelo sistema de linguagem padronizada da NANDA Internacional, Inc. (NANDA-I) desde 1978. Está inserido no Domínio 10: “Princípios de vida” e Classe 3: “Coerência entre Valores/ Crenças/Atos” e é definido como “estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio

de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um ser maior” (HERDMAN; KAMITSURU, 2015, p. 358).

Aliada à presença do fenômeno sofrimento espiritual, a maioria dos pacientes, perante o impacto emocional do diagnóstico de qualquer tipo de câncer e da necessidade de tratamentos muito agressivos, manifesta morbidade psicológica como a ansiedade e a depressão (LEÓN-PIZARRO et al., 2007).

A ansiedade coexiste de forma frequente com a depressão (SERINOLLI; OLIVA; EL-MARFARJEH, 2015) e, nos pacientes com câncer, a ocorrência de morbidade psicológica pode advir em decorrência das reações oriundas do diagnóstico, das preocupações referentes à recorrência ou progressão da doença, bem como da presença de sintomas desagradáveis associados ao câncer (YANG et al., 2013). Como meios possíveis de identificar a ansiedade têm-se utilizado, além de escalas, marcador biológico, como a enzima amilase salivar, que permite avaliar a presença e a intensidade deste sintoma. A relação entre medidas elevadas da ansiedade e presença significativa da amilase na saliva foi constatada no estudo de Bellani (2013), o que torna tal medida uma importante ferramenta que subsidia e complementa a detecção da ansiedade.

No decorrer do processo do câncer de mama, as pessoas podem vir a apresentar exigências ou demandas internas e externas relacionadas às situações de estresse e, como meio de manejá-las, utilizam estratégias cognitivas e comportamentais, denominadas “*coping*” (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; COMPAS, 2006). Estas podem ser consideradas tanto variável mediadora como modeladora, a depender de como a pessoa lida com as suas demandas religiosas/espirituais no processo de tratamento radioterápico, possibilitando obter informações sobre como, por que ou quando o fenômeno de *coping* ocorre (BENNETT, 2000). A utilização dessas estratégias visa a administrar a situação estressora, em vez de controlar ou dominar a mesma, possibilitando que a pessoa aja na fonte estressora por meio dos mecanismos de adaptação e/ou escape a fim de que os efeitos do estresse sejam reduzidos ou ajustados quando nem a evitação ou a confrontação são possíveis (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; COMPAS, 2006).

Cada ser humano, de acordo com sua crença e seu significado de vida, possui uma forma de lidar com as consequências negativas dos problemas de vida e com as situações estressantes inusitadas que acontecem no seu cotidiano, como na

descoberta do câncer ou no tratamento radioterápico; assim, podem fazer uso de diferentes “estratégias de *coping*”, dentre elas o “*coping*” religioso/espiritual (CRE). As pessoas que utilizam este tipo de “*coping*” passam a fazer uso de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais que englobam sua religião, sua espiritualidade e sua fé, que podem proporcionar efeitos benéficos/positivos ao praticante como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, o que é considerado como CRE positivo ou gerar consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, por exemplo, como buscar a fuga e delegar a Deus a resolução do problema o CRE negativo (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; PANZINI; BANDEIRA 2007). Destarte, a espiritualidade se refere à busca inerente de conexão com o transcendente que agregue sentido a existência (KOENIG, 2012).

De acordo com Gaston-Johansson et al. (2013), para lidar com as questões de saúde, como é o caso do diagnóstico de câncer, os recursos religiosos são considerados importantes. Além disso, Astrow et al. (2007) ressaltam que a religião e a espiritualidade são, por muitas vezes, formas adotadas para lidar com o estresse gerado pelo câncer de mama. Assim, dentre os recursos religiosos/espirituais existentes, Collins e Antle (2010) e Holt et al., (2009) destacam a oração como uma considerável fonte de apoio no enfrentamento do câncer.

Oração e prece são palavras sinônimas e se manifestam em pedir ou agradecer algo a um ser superior que transcende o espaço material (LOPES et al., 2010). A prece é considerada um cuidado que ocupa espaço central no aspecto da espiritualidade e pode contribuir de forma significativa durante o tempo de terapêutica da pessoa acometida por alguma enfermidade (LOPES et al., 2010). Embora, a prece seja frequentemente utilizada como coadjuvante no processo de cura, apenas recentemente tem recebido atenção da comunidade científica (TOSTA, 2004a). Contudo, ainda há falta de evidências científicas acerca da sua utilização, necessitando-se de mais estudos nessa área (TROVO; SILVA; LEÃO, 2003).

A profissão de enfermagem, por meio da *Nursing Interventions Classification* (NIC), a qual visa classificar as intervenções a serem implementadas diante do diagnóstico encontrado, reconhece a prática de “facilitar o uso pelo paciente da oração/prece” com uma dentre as diversas atividades presentes na intervenção

“apoio espiritual (5420)” (BULECHEK; DOCHTERMAN; BUTCHER, 2016, p.92). Além disso, a oração é considerada uma terapia alternativa e complementar (TAC) ou terapia não convencional, frequentemente usada por adultos que recebem o diagnóstico de câncer (ROSS et al., 2008).

Sabe-se, por meio de exames de neuroimagem, que durante o processo de prece, regiões do encéfalo conhecidas como “centro da fé” recebem maior vascularização, assim como ocorre liberação de substâncias neuroendócrinas na corrente sanguínea, as quais contribuem para o processo de reabilitação do paciente (LOPES et al., 2010). Os tipos de prece mais utilizados são a de intercessão e a de petição. Na prece de intercessão um ou mais indivíduo pedem em benefício de alguém tido como recebedor, o qual pode ou não estar presente no local no momento da prece. Na prece de petição o próprio indivíduo estabelece contato com o ser que considera superior, e faz um pedido em favor de si mesmo (TOSTA, 2004b).

O indivíduo, ao ser acometido pelo câncer, necessita de uma assistência que busque restabelecer sua saúde e atenda a todas as suas dimensões como ser humano, inclusive a espiritual (KU; KUO; YAO, 2010). Para tanto, a implementação do cuidado espiritual faz-se necessário, visto que este integra todos os aspectos do indivíduo e lhe proporciona adaptação psicológica frente ao momento vivenciado (RAMEZANI et al., 2014). Além disso, o cuidado espiritual expressa intervenções refletidas e planejadas, com o objetivo de promover o máximo bem-estar, facilitando o encontro de um sentido para a vida e promovendo o fortalecimento do indivíduo durante o enfrentamento da doença (McSHERRY; DRAPER; KENDRICK, 2002; CALDEIRA, 2008). Ainda, o cuidado espiritual além de possibilitar sentimentos positivos ao paciente os quais são referidos acima, também faz com que o profissional de enfermagem sinta satisfação no trabalho que realiza; assim, a relação estabelecida entre ambos ao prestar este cuidado é apontada por Ramezani et al., (2014) como “terapêutica”.

A enfermagem é uma das pioneiras em utilizar a espiritualidade no cuidado às pessoas doentes. Como profissão que busca o restabelecimento do indivíduo como um todo, ela visa prestar um cuidado holístico que atenda as necessidades do paciente que se apresentem comprometidas e, por meio da relação estabelecida, passam a conhecer melhor os aspectos inerentes à vida destes (TIMMINS;

CALDEIRA, 2017). Além disso, é importante que o enfermeiro esteja apto a desenvolver o cuidado direcionado a todas as dimensões do paciente seja física, social, psicológica e/ou espiritual, visto que é o profissional que passa mais tempo junto a ele, estando presente em todo o seu processo de saúde-doença, desde o período pré-diagnóstico médico até sua reabilitação e/ou cura. Assim, o profissional de enfermagem deve se mostrar disponível a ouvir, observar e compreender as expressões oriundas do paciente, incluindo as formas de manifestação verbal e não-verbal (CALDEIRA; TIMMINS, 2017).

Perante o contexto apresentado, torna-se relevante avaliar nas pacientes com câncer de mama em tratamento de radioterapia os benefícios que a prece de intercessão promove sobre os níveis de angústia espiritual, de morbidade psicológica (ansiedade e depressão) causadas perante o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, assim como nas medidas de amilase salivar e de *coping* religioso/espiritual. Justifica-se ainda a realização deste estudo para evidenciar alternativas de intervenções confiáveis que possam influenciar o bem-estar das pessoas.

Este estudo apoia-se na valorização da relação de pessoas cristãs intercedendo junto a um ser superior, em benefício de indivíduos que estão acometidos por problema de saúde, como forma de amenizar o impacto das consequências dos fenômenos angústia espiritual e morbidade psicológica (ansiedade e depressão) que possam estar associadas ao seu problema de saúde. Tem como propósito verificar a contribuição da atividade de prece de intercessão, enquanto parte da intervenção apoio espiritual (5420) referida na NIC (BULECHEK; DOCHTERMAN; BUTCHER, 2016), em um grupo de pacientes com câncer de mama em tratamento radioterápico.

2 Referencial Teórico

As informações oriundas da literatura estão apresentadas a seguir contemplando o evento patológico de interesse e a radioterapia como terapêutica, os fatores emocionais que usualmente acompanham as pessoas que apresentam tal processo, bem como alguns aspectos sobre a intervenção implementada.

2.1 CÂNCER DE MAMA E O TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

Câncer compreende um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que apresentam em comum o crescimento desordenado de células anormais, as quais possuem potencial invasivo (BRASIL, 2014). Em decorrência da transição demográfica e do aumento da exposição da população a agentes cancerígenos, esta enfermidade tem acometido as pessoas de forma avassaladora (FRIGO; ZAMBARDA, 2015)

O problema do câncer ganha relevância devido ao perfil epidemiológico que essa doença apresenta; assim, seu controle e sua prevenção devem ser priorizados em todas as regiões, desde as mais desenvolvidas até as com maiores desigualdades sociocultural e econômica (BRASIL, 2014).

De acordo com os dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer), a estimativa do câncer no Brasil para o biênio 2016-2017, aponta para a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos da doença, sendo que o de mama em mulheres encontra-se entre os mais frequentes (28,1%), com destaque na região sudeste em que ocupa o primeiro lugar (68,08/ 100 mil) sem considerar os tumores de pele não melanoma (BRASIL, 2015). Em relação à proporção mundial é considerado o segundo tipo de neoplasia mais frequente e o mais comum entre as mulheres, visto que a cada ano cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama (MARUCCI, 2012). Assim, esta doença representa atualmente um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, visto que, o esperado nas próximas décadas é que o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para o ano de 2025 (BRASIL, 2015). Sendo assim, a detecção e o tratamento precoce para o câncer de mama constituem medidas de controle efetiva na redução da mortalidade (SILVA, G. A. et al., 2014).

A origem do câncer de mama ainda é desconhecida e tão pouco há maneira para evitá-lo (DE SOUZA et al., 2015). Contudo, sabe-se da existência de multifatores considerados de risco que podem contribuir para o seu desenvolvimento, dentre eles, encontram-se: vida reprodutiva, fatores biológicos-endócrinos, estilo de vida, história familiar de câncer de mama e envelhecimento, sendo os dois últimos tido como os mais importantes (BRASIL, 2015). A busca pela eliminação dos fatores de risco constitui meios de prevenção primária ao aparecimento desta neoplasia, enquanto que o diagnóstico e o tratamento precoce são considerados secundários (GODINHO; KOCH, 2002).

De acordo com a classificação TNM (T- tamanho/extensão do tumor primário; N- ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais e M- ausência ou presença de metástase à distância) da *American Joint Committee on Cancer*, o tumor inicial de mama é aquele estadiado como 0 (carcinoma in situ que não apresenta metástase à distância) a IIB (tumor com mais de 2 e até 5 cm em sua maior dimensão que apresenta comprometimento de linfonodo(s) homolateral(is) móvel(is), mas não apresenta metástase à distância ou o tumor maior que 5 cm em sua maior dimensão, que não apresenta metástase à distância) (BRASIL, 2004; MARTA et al., 2011).

Com relação à clínica e à morfologia, o câncer de mama é considerado uma doença heterogênea e se reconhece a existência de mais 20 subtipos diferentes (BRASIL, 2015). Sabe-se que, em sua maioria, os tumores de mama são conhecidos como carcinoma ductal invasivo, visto que cerca de 80% dos casos se origina no epitélio ductal (BRASIL, 2015). Entretanto, devido a sua heterogeneidade, há outros subtipos que podem ser diagnosticados, como o tubular, o medular, o lobular, o papilar, o micropapilar e o mucinoso (BRASIL, 2015).

Para o prognóstico e a escolha terapêutica do câncer de mama consideram-se os fatores de idade da paciente, do estágio clínico da doença, das características anatomopatológicas do tumor primário, das condições clínicas, do desejo da paciente, bem como os níveis de receptores de estrógeno e de progesterona, as medidas de capacidade proliferativa do tumor, a situação da menopausa e a saúde geral da mulher (MALZYNER et al. 2000; MARTA et al., 2011).

Os métodos de tratamento utilizados para o câncer de mama se dividem em locais ou sistêmicos. A intervenção cirúrgica e a técnica coadjuvante como a

radioterapia são considerados tratamentos locais; já os sistêmicos são a quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica. Normalmente estes tratamentos são utilizados em combinação, mas também existe a possibilidade de serem independentes. Destaca-se que a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia são apresentadas como os principais métodos terapêuticos (MAJEWSKI et al., 2012; MARUCCI, 2012).

No que se refere aos procedimentos cirúrgicos existem dois tipos: cirurgia conservadora, em que se retira apenas a parte da glândula mamária que tem a presença do tumor, o que normalmente não prejudica a questão de sobrevida total, apesar de que pode aumentar de forma não muito significativa a taxa de recidiva local do tumor; e, a mastectomia não-conservadora, na qual ocorre a retirada total da glândula mamária, cuja finalidade é reduzir a incidência e melhorar a expectativa de vida das mulheres (MAJEWSKI et al., 2012). Além disso, é necessário realizar avaliação axilar, uma vez que os seus linfonodos podem se apresentar comprometidos, sendo este o principal fator de metástases locais ou a distância (HADDAD et al., 2016). O primeiro a receber a drenagem linfática da área tumoral é o linfonodo sentinela; assim, nos últimos anos a realização da biópsia neste linfonodo tem se revelado uma alternativa menos invasiva, a qual reduz o risco de linfedema no membro superior e parece apresentar melhor custo-efetividade (HADDAD et al., 2016).

Nos casos de mulheres mutiladas em decorrência do procedimento cirúrgico, submetidas a excisão da mama, essas têm direito à cirurgia plástica reparadora por meio da rede de saúde do Sistema Único de Saúde (Lei 9.797, de 06 de maio de 1999) (GOMES; SILVA, 2013). Entretanto, muitas mulheres desconhecem esse direito, embora se sintam motivadas a realizar a cirurgia reparadora uma vez que, por meio desta, poderão eliminar a prótese mamária externa, variar nos seus estilos de roupas, melhorar sua autoestima e retornar ao convívio social (GOMES; SILVA, 2013).

Outra forma de tratamento é a quimioterapia. Refere-se à administração de medicamentos que tem por finalidade controlar ou curar a doença, assim atuam na destruição das células do tumor e devido seu efeito sistêmico pode causar diversos efeitos colaterais, dentre eles, náuseas, fadiga, alopecia, diarreia, constipação e alterações no paladar (TARTARI; BUSNELLO; NUNES, 2010; DIAS et al., 2006). É

classificada em quimioterapia neoadjuvante quando administrada antes da cirurgia com a finalidade de reduzir tumores grandes; e em quimioterapia adjuvante realizada após a cirurgia ou quimioterapia paliativa que tem por propósito reduzir o tamanho da massa tumoral e conseqüentemente diminuir os sintomas causados por este, mas não necessariamente reflete na qualidade de vida do paciente (SOUZA, 2011). Além do tratamento clínico com a quimioterapia, também são utilizados hormonioterápicos, cada qual com sua função e efeito colateral.

Na sequência do tratamento cirúrgico conservador tem sido realizada a radioterapia, independente do tipo histológico, do uso de quimioterapia, da idade, da hormonioterapia ou mesmo de margens cirúrgicas que estejam livres de comprometimento neoplásico (FORTUNATO et al., 2015).

O início da radioterapia aconteceu logo após o descobrimento dos raios X por Roentgen, em 1895, e da radioatividade por Becquerel, em 1986 (SILVA, E. C. S. et al., 2014). Nos Estados Unidos, Lister, Grubbe e Ludlam perceberam que essa radiação poderia ser útil no tratamento do câncer (SILVA, E. C. S. et al., 2014). Contudo, os avanços da radioterapia se deram durante a Segunda Guerra Mundial com o surgimento dos reatores nuclear (SAWADANO et al., 2009; SILVA, E. C. S. et al., 2014).

A radioterapia é a modalidade de tratamento em que se utiliza agentes terapêuticos como radiações ionizantes, raios X, raios gama e radiações corpuscular (elétrons, prótons e nêutrons que agem sobre o DNA, cujo objetivo é destruir o tumor por meio da morte da célula tumoral ou a perda da sua capacidade reprodutiva (SILVA, E. C. S. et al., 2014; SOARES; SILVA, 2012; BRASIL, 2012). Além disso, a radioterapia pode, também, ser indicada para tratamento paliativo, isto é, para irradiar áreas onde o tumor está crescendo e comprometendo o tecido, mesmo que a doença não seja considerada curável (SILVA, E. C. S. et al., 2014).

Em se tratando do câncer de mama, a modalidade clássica de radioterapia utilizada é a teleterapia com diferentes esquemas de dose e fracionamento, sendo mais comum nos grandes centros mundiais dose total de 4.500 a 5.000 cGv com 180 a 200 cGv/fracção, durante cinco dias por semana (MARTA et al., 2011). Ressalva-se que no planejamento das aplicações de radioterapia existe implementação de um reforço de dose (*boost*) no leito tumoral que é o sítio com maior possibilidade de recidiva local (MARTA et al., 2011; LILJEGREN et al., 1994;

CLARK et al., 1996). Há também o esquema de radioterapia hipofracionado que consiste em menor período de tratamento com maior dose por fração, o qual visa de forma hipotética otimizar o período de tratamento permitindo assim, diminuir filas de espera em serviços públicos de atendimento a saúde (MARTA et al., 2011).

Embora a radioterapia tenha foco de ação diferente da quimioterapia, uma vez que é um tratamento que atua direcionado ao local acometido pelo câncer, ela também possui efeitos colaterais sendo comum causar queimadura na área da pele que está sendo irradiada; semelhante a uma queimadura solar, a pele apresenta-se avermelhada ou escurecida, pode ocorrer prurido, dor local e até mesmo descamação tendendo a melhorar ao longo de várias semanas ou até meses após o término do tratamento (SILVA, E. C. S. et al., 2014). Dentre outros efeitos colaterais têm-se fadiga, desconforto na axila e queda temporária na produção de sangue. Todavia, diante da presença de qualquer um destes desconfortos, a paciente deve alertar o radioterapeuta de forma que estes efeitos sejam minimizados (SILVA, E. C. S. et al., 2014).

Em geral, os efeitos colaterais aparecem na segunda ou na terceira semana após o início do tratamento, variam segundo a sensibilidade do corpo e podem causar alterações no equilíbrio emocional do paciente e na credibilidade que o mesmo tem em relação ao tratamento (JÚNIOR, 2012). Aliado a este contexto, existem também pacientes que questionam sobre o efeito curativo do tratamento. Assim, podem aparecer diversas emoções negativas referentes às questões espirituais e a morbidade psicológica, dentre elas destacam-se: a tristeza, a culpa, a raiva, a insegurança, a ansiedade e a depressão (GARCIA; KOSMINSKY, 1999). Ainda, de acordo com esses autores, a duração e a intensidade destas emoções podem estar relacionadas à idade, a religião, a evolução da doença, a experiências passadas e os preconceitos culturais em relação ao câncer.

Além do sofrimento e a morbidade psicossocial, alterações que podem acometer os pacientes que realizam a radioterapia (JAFARI et al., 2013), estudos realizados por Luutonen et al. (2011) e Sehlen et al. (2003) revelaram que os sintomas psicológicos e a disfunção social estavam presentes de forma mais significativa nos pacientes que realizavam o tratamento quando comparados aos que não o faziam.

Perante este contexto, compreende-se que tanto o diagnóstico do câncer de mama quanto as formas de tratamentos, dentre elas a radioterapia, proporcionam aos pacientes problemas físicos, emocionais, psicológicos e espirituais, os quais precisam de atenção por parte dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem, que por meio do seu plano de cuidados realizado junto ao paciente estabelece uma maior aproximação e vínculo com o mesmo.

2.2 FATORES PSICOESPIRITUAIS E O CÂNCER DE MAMA

A literatura aponta que o recebimento de um diagnóstico indesejado, como no caso de uma doença oncológica, pode acarretar diversos tipos de sentimentos. É comum um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelas desfigurações que o tratamento pode ocasionar, pelo temor às mutilações, pelos prejuízos no âmbito emocional, social e pelo medo da morte, uma vez que ainda é considerada uma doença incurável que evidencia a proximidade com a finitude da vida (SILVA, 2008; KOENIG, 2001). Aliado a isso, o câncer de mama em geral, é uma doença temida pelas mulheres, visto que acarreta repercussões na condição social, física e emocional (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

A mama está diretamente relacionada à feminilidade, estética, ao prazer, sensualidade e a necessidade de uma mutilação cirúrgica pode acarretar consequências negativas na sexualidade e na autoestima das pacientes (OKAWARA; WEIGAND, 1982; WANDERLEY, 2003; RAMOS; LUSTOSA, 2009). Além disso, as mulheres acometidas por esta doença experimentam sentimentos comuns como raiva, tristeza, inquietação, ansiedade, angústia, medo e luto; contudo, cada paciente vivencia de forma única a experiência do diagnóstico e dos aspectos psicossociais envolvidos nesse processo, assim, podem utilizar da negação como mecanismo de defesa nesta circunstância (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Representações como as de dor insuportável, de mutilações desfigurantes e de ameaça de morte usualmente não desaparecem com a retirada do tumor, quando persiste o fantasma da metástase e da recorrência (SILVA, 2008). Sendo assim, ao

prestar assistência a um paciente oncológico é necessário atentar-se para o possível impacto psicológico e espiritual causado pela doença.

Ao longo do processo da doença, desde o diagnóstico até o tratamento, as mulheres com câncer de mama podem experimentar muitas perdas significativas, assim como vivenciarem um longo e doloroso período de elaboração do luto e processo de desapego (RAMOS; LUSTOSA, 2009). No acometimento por essa doença, a mulher se depara com a aceitação e a convivência de um corpo marcado por uma nova imagem, podendo manifestar assim, uma insatisfação, compreensível (RAMOS; LUSTOSA, 2009; ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012; PRATES et al., 2014).

Desde a década de 70, a medicina tem se dedicado ao impacto psicossocial oriundo do câncer de mama (SILVA, 2008). De acordo com o estudo realizado nesta época por Meyerowitz (1980) juntamente com outros publicados recentemente (RAMOS; LUSTOSA, 2009; LAGO et al., 2014), é possível observar que as mulheres sofrem mudanças significativas na esfera social, no seu padrão de vida, outras relacionadas ao casamento, à vida sexual, às atividades no trabalho, ao desconforto psicológico como ansiedade, depressão, raiva e, ainda, medos e preocupações concernentes à mastectomia, ao tratamento, recorrência da doença e morte. Essas alterações, dentre outras vivenciadas, ocasionam oscilações psicoemocionais que podem culminar no desenvolvimento de transtornos no comportamento físico e emocional, de forma especial, a ansiedade e a depressão (MENEZES; SCHULZ; PERES, 2012). Dados da literatura apontam a ocorrência de morbidade psicológica (ansiedade e depressão) nas pacientes com câncer de mama (SPIEGEL, 1996; LOVESTONE; FAHY, 1991; AYRES et al., 1994; PAYNE et al., 1996; FERREIRA et al., 2015). Nota-se que tanto a ansiedade quanto a depressão podem ser identificados durante e após o tratamento do câncer (MERTZ et al., 2012).

Em se tratando da depressão, sabe-se que esta é considerada uma doença recorrente e incapacitante que apresenta como características a perda de prazer ou interesse em atividades cotidianas e humor deprimido (BROMET et al., 2011). Os seus sintomas podem ser desencadeados perante o diagnóstico de uma doença que causa ameaça a vida, por complicações decorrentes da mesma ou de seu tratamento (FURLANETTO; BRASIL, 2006). Embora seja um sintoma de alta

prevalência, ainda é pouco reconhecido nos serviços de saúde (TRIEF; KHAN, 1997; VAHDANINIA; OMIDVARI; MONTAZERI, 2011).

Os pacientes acometidos pela depressão podem apresentar exacerbação de sintomas físicos, menor adesão aos tratamentos propostos, prejuízos funcionais, bem como, piora do prognóstico com maiores morbidades e mortalidade (FANN et al., 2008; FURLANETTO et al., 2000). Além disso, é considerada a doença que mais causa incapacitação em mulheres, seja nos países em desenvolvimento ou nos desenvolvidos (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Ainda, vale ressaltar que a manifestação da depressão durante o processo de adoecimento é uma resposta esperada como forma de lidar com a doença, visto que ela está presente como a quarta dentre os cinco estágios (negação; raiva; barganha; depressão e aceitação) descritos por Kubler-Ross (1998).

Já a ansiedade é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) como “emoção negativa, sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (GARCIA, 2015, p. 185). Além disso, a ansiedade representa um estado/resposta emocional comum perante a um fator estressante, a uma ameaça conhecida ou desconhecida e apresenta elementos fisiológicos e psicológicos, os quais fazem parte do espectro normal das experiências humanas (WILKINSON; LEUVEN, 2010; CASTILHO et al., 2000; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). O termo vem do grego “*anshein*”, que significa oprimir, sufocar e pode ocasionar mudanças no corpo, como aumento da frequência cardíaca e respiratória (LIN et al., 2011). É diferenciada em: normal, caracterizada como uma reação ansiosa de curta duração, auto limitada e relacionada ao estímulo do momento; e patológica, quando, se encontra desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (CASTILLO et al., 2000).

Há quatro tipos diferentes que representam a ansiedade: a ansiedade situacional é decorrente do evento estressor vivenciado no momento no caso da enfermidade do câncer e dos seus tratamentos, sendo que os pensamentos irreais sobre a etiologia, o curso do câncer ou dos efeitos colaterais do tratamento proposto podem intensificá-la; a ansiedade existencial relacionada à incerteza da doença em que se predomina preocupações referentes ao passado, presente e futuro; a ansiedade psiquiátrica é caracterizada pelo surgimento de transtornos de humor juntamente com a ansiedade e a ansiedade orgânica é aquela causada por

diferentes processos somáticos dentre eles, náusea, falta de ar e distúrbios metabólicos (STIEFEL; RAZAVI, 1994; TRAEGER et al., 2012).

A ansiedade, assim como o estresse, desencadeia reações biológicas em que há presença de diversos biomarcadores salivares, dentre eles, a enzima amilase salivar, por meio da qual é possível avaliar as suas medidas. Isso é possível devido à relação corpo/mente ser regulada por diferentes sistemas do corpo humano, como o sistema nervoso simpático, o qual é estimulado diante de uma resposta fisiológica ao estresse (RODRIGUEZ et al., 2011; MUROFUSE et al., 2005). A utilização desta enzima com tal finalidade tem ocorrido desde a década de 70 (NATER; ROHLEDER, 2009). A amilase destaca-se com uma candidata promissora nas avaliações a nível biológico, visto que é um marcador não invasivo e a aquisição da amostra é indolor (CASTILHO et al., 2011; YOSHIZAWA et al., 2013). Considerada uma das principais enzimas nos seres humanos, é um biomarcador de estresse agudo, secretada nas glândulas salivares sob forte controle neuro-hormonal sendo liberada por meio de estimulação simpática (WOLF et al., 2008; KOH; KOH, 2007). Sabe-se que os níveis de amilase salivar tendem a aumentar no decorrer do dia, ou seja, no período da manhã os valores encontrados são baixos, diferentemente dos da tarde que são elevados (NATER et al., 2007). E, que a meia vida da amilase no plasma é de aproximadamente 12 a 24 horas, fato ainda não conhecido para a amilase salivar (KOH; KOH, 2007).

Outra dimensão dos pacientes que pode se mostrar comprometida é a espiritual. A espiritualidade é capaz de produzir “sentidos e valores, como amor, sabedoria, honestidade, compaixão, moralidade” e reflete no modo de ser da pessoa (CORTEZ; TEIXEIRA, 2010, p.115). Uma de suas importantes características é atuar como fator de proteção, em questões médicas e em problemas da área psicológica (SOUSA et al., 2001). Além disso, proporciona influência sobre a saúde física, em que é considerada como “possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia e de eventual redução de óbito ou de impacto de diversas doenças” (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007, p. 93).

A espiritualidade passou a ter, de acordo com Andersom, Anderson e Felsenthal (1993), um enfoque especial sobre a saúde do indivíduo; como meio de maximizar a eficácia terapêutica do paciente, as expressões relacionadas à sua espiritualidade devem ser triadas e respeitadas pelo médico. Esse profissional e

todos os demais que participam do processo de recuperação da saúde precisam estar comprometidos com o que é melhor para o paciente, por isso, devem atentar-se à dimensão espiritual, quando o mesmo considera essa questão relevante (POST; PUCHALSKI; LARSON, 2000).

O profissional de enfermagem pode fazer uso de suas habilidades para intervir frente às situações vivenciadas pelas pacientes, ainda mais, quando esta situação diz respeito ao diagnóstico de uma doença como o câncer, em que o paciente pode apresentar um período de desajuste na sua dimensão espiritual. Nestas circunstâncias, se faz presente a reflexão sobre a existência e o significado da vida, que pode gerar um sofrimento denominado angústia ou sofrimento espiritual, vivenciado de diferentes formas pelas pessoas.

Sofrimento espiritual (00066) é um diagnóstico de enfermagem, apresentado pelo sistema de classificação da NANDA-I (HERDAMAN; KAMITSURU, 2015). Este envolve aspectos que se encontram além do ambiente ou do campo material, denominados de “transcendência” (PRONK, 2005; SMUCKER, 1996). Ainda, é considerado como uma resposta pessoal, complexa, difícil de definir e de articular (PRONK, 2005; HELIKER, 1992; PEHLER, 1997). Prejudica ou ameaça a integridade espiritual da pessoa (VILLAGOMEZA, 2005; BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001; TODRES et al., 2005) e pode contribuir com a perda do sentido da vida (VILLAGOMEZA, 2005; SMUCKER, 1996; BURKHART; SOLARI-TWADELL, 2001).

Para quem se apresenta impossibilitado diante de uma enfermidade, o sofrimento espiritual pode ser o problema que mais demanda suporte, pois pode interferir nos desfechos positivos das intervenções (SAAD; MASIERO; BATISTELLA, 2001). Além do mais, o sofrimento espiritual, quando não identificado, é frequentemente o responsável pelo insucesso do plano terapêutico proposto (DAVIS, 1994). Este fato é possível, visto que o sofrimento espiritual pode externar ou aumentar a intensidade dos sintomas físicos (CAMPBELL, 2011). Isso ocorre quando o indivíduo é submetido à manifestação de confronto com os desafios que ameaçam suas crenças, seus significados ou propósitos (RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010).

As respostas psicológicas (ansiedade e depressão) e espiritual (angústia espiritual) podem estar presentes diante de uma situação inesperada da vida, como

no caso do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama. Cabe lembrar que as necessidades psicológicas e espirituais compõem um dentre os tipos de necessidades propostas e que necessitam de ser satisfeitas, de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979). Como forma de lidar com a situação descrita, a utilização da religião e da espiritualidade são recursos que podem ajudar as pessoas a enfrentarem o momento que estão vivenciando.

2.3 *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL

Para o paciente conseguir lidar com suas demandas durante o processo de convívio com uma doença que geralmente traz inúmeras limitações e mudanças no seu modo de viver como no caso do câncer, faz-se necessário adotar estratégias de enfrentamento/adaptação, ou seja de *coping*. A palavra *coping* pode ser traduzida como “lidar com”, “adaptar-se”, “enfrentar”, “manejar” (PANZINI; BANDEIRA, 2007; SCHIMIDT; DELLÁGLIO; BOSA, 2007); ou como “(...) o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de manejar situações estressantes” (PANZINI; BANDEIRA, 2007, p.128); no âmbito deste estudo optou-se por empregar o termo *coping*.

Segundo Pesce et al. (2004), a resiliência da pessoa pode sofrer influência das estratégias de *coping* utilizadas, além de que pode lhe conferir proteção contra futuros prejuízos psicológicos.

As estratégias de *coping* podem ser divididas em *coping* focalizada na emoção, em que não é possível fazer nada para modificar o evento estressor, assim, adotam-se esforços para administrar as reações emocionais ao estresse; e *coping* focalizado no problema, no qual a situação é avaliada como passível de mudança, e busca-se lidar diretamente com o estressor (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; STRAUB, 2005).

Dentre os diversos recursos utilizados pelas pessoas para lidarem com as mais distintas situações estressantes, a comumente mencionada é a religião, sendo esta frequente em indivíduos com risco de vida (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000). Esse fato se torna possível, visto que perante as situações em que a vida parece estar fora de controle e, nas quais não é possível visualizar nenhuma

explicação para os fatos, as crenças e as práticas voltadas para o sagrado são capazes de promover sentido e confiança, ao invés de medo e insegurança (PARGAMENT; MAGYAR-RUSSEL; MURRAY-SWANK, 2005). Deste modo, a utilização da fé, da religião ou da espiritualidade no manejo dos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida faz se necessário (PARGAMENT, 1997). Contudo, é preciso compreender a diferença entre espiritualidade e religiosidade.

A espiritualidade proporciona inúmeras contribuições à vida e ao bem-estar do indivíduo, por isso estudos estão despertando interesse em melhor compreendê-la. Os fatores que podem advir da sua relação com a saúde também instiga pesquisadores, os quais buscam compreender as inúmeras contribuições que esta proporciona ao processo saúde-doença (GUERRERO et al., 2011), bem como, sua influência na saúde física, mental e social (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007 e BALBONI et al., 2011). Embora, a dimensão espiritual venha se tornando cada vez mais alvo de pesquisas, o conceito usado para definir o que vem a ser a espiritualidade ainda é interpretado de diferentes formas, inclusive muitas vezes é compreendida como sendo sinônimo de religiosidade.

Já a religiosidade, de acordo com Saad, Masiero, Battistella (2001), envolve a prática de um grupo compartilhar um sistema de culto e doutrina e, assim, apresentam características peculiares, tais como comportamento, doutrina e valores específicos. Por sua vez, a espiritualidade é um sentimento individual que incita um interesse pelos outros e, por si mesmo, capaz de possibilitar que sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade sejam suportadas.

Sabe-se que tanto a religiosidade quanto a espiritualidade são capazes de proporcionar benefícios à saúde. Panzini e Bandeira (2007), por meio de um estudo de revisão de literatura, apontam que as crenças e as práticas religiosas possuem associações com melhor saúde física e mental, efeitos benéficos em relação às funções imunológicas, ao câncer e a mortalidade com maiores níveis de satisfação com a vida, bem-estar, senso de propósito e significado na vida, esperança, otimismo, menores índices de ansiedade, depressão, dentre outros. Além disso, sabe-se que a fé ou a religiosidade pode aumentar em situações críticas e que o seu uso é fonte de suporte emocional necessário para enfrentar o câncer (FEHER; MALY, 1999).

No que se refere à espiritualidade, Guimarães e Avezum (2007, p. 93) retratam que há influência desta sobre a saúde física e que é considerada como “possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia e de eventual redução de óbito ou de impacto de diversas doenças”.

Destaca-se que, conforme acontece em outras doenças, o envolvimento com a religiosidade e com a espiritualidade vem apresentando importante fator no processo de ajustamento ao câncer (KOENIG et al., 2001; THUNÉ-BOYLE et al., 2006; KRISTELLER et al., 2011). O *coping* religioso/espiritual, em que se utilizam os dois fenômenos em conjunto, é apontado como fonte de equilíbrio e fortalecimento, promovendo serenidade e favorecendo a luta pela vida (FEHRING; MILLER; SHAW, 1997, CITADO POR HOFFMAN; COLS., 2006; TEIXEIRA; LEFRÈVE, 2008). Entretanto, nem sempre o *coping* religioso/espiritual é vivenciado pelas pessoas como um fator positivo. Diante das adversidades que se mostram presentes é possível que exista um enfrentamento considerado negativo, em que a desesperança e revolta muitas vezes relacionada à crença religiosa passem a fazer parte do processo de saúde.

No estudo de Gonçalves, Gíglio e Ferraz (1999) a religiosidade atuou como fator de proteção contra os sintomas de depressão em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Enquanto no estudo de Woods et al. (1999), foi encontrada correlação negativa do coping religioso negativo com os sintomas de ansiedade (R^2 5.12, $p < 0.01$).

O uso do *coping*, seja religioso e/ou espiritual, tem despertado interesse de investigadores, em estudos com diferentes populações, uma vez que o sucesso do tratamento pode depender da forma como a pessoa se adapta à situação de enfermidade. No caso do câncer, em que a morbidade psicológica - ansiedade e depressão - também pode se mostrar presente, é imprescindível identificar o tipo de *coping* utilizado e, assim, avaliar como este pode influenciar na aceitação de uma intervenção, como por exemplo, a prece.

2.4 USO DA PRECE COMO INTERVENÇÃO DE APOIO ESPIRITUAL

As questões que envolvem práticas religiosas como fé e oração são muitas vezes alvo de críticas, descrenças e questionamentos. Discussões em relação à interferência da fé sobre a saúde física e mental é um assunto polêmico que transcende o consultório médico quando se transmite um diagnóstico desfavorável ao paciente (SAVIOLI, 2007). Diante disso, uma pessoa que recebe um diagnóstico como o de câncer, geralmente tem sua assistência limitada à recuperação da sua saúde física e mental e nenhuma ou pouca atenção é direcionada à saúde espiritual. Entretanto, é conhecido que o fortalecimento da crença espiritual e religiosa auxilia a encontrar significado e mantêm o sentido de esperança (TEIXEIRA; LEFRÉVE, 2007).

De acordo com Moreira, Lotufo Neto e Koenig (2006), a vivência e a prática de uma religião são indispensáveis, visto que fortalecem os indivíduos na ocorrência das doenças e das perdas, assim como auxiliam na manutenção e na melhora das condições de vida e de saúde. Assim, aspectos relacionados à religião como rezar, cantar e ler textos religiosos provocam emoções positivas, como o amor, a autoestima e o perdão (VOLCAN, 2003).

O surgimento de efeitos benéficos como a cura por meio da oração iniciou-se nos Estados Unidos nos anos 70, com a abertura da Igreja Católica ao pentecostalismo cristão, onde reuniões de oração eram realizadas em todo o mundo e assim, surgiram diversas curas (SAVIOLI, 2007). Diante disso, foi despertado o interesse da ciência, a qual não ficou alheia a este acontecimento, onde grupos médicos começaram a analisar os casos, inicialmente apenas para verificarem a existência de possíveis fraudes, mas depois para tentarem compreender a essência dos fatos (SAVIOLI, 2007). Segundo esse mesmo autor, a relação entre espiritualidade e saúde foi assunto de interesse de cursos, congressos e eventos a partir do final dos anos 90, tendo como frutos uma quantidade considerável de trabalhos publicados em todo o mundo.

Na enfermagem existem recursos teóricos que respaldam o profissional na implementação de diferentes tipos de intervenções, dentre elas as relacionadas a espiritualidade e a religiosidade como no caso do sistema de linguagem padronizada

NIC (BULECHEK; DOCHTERMAN; BUTCHER, 2016). Nas intervenções propostas por esta taxonomia constam várias atividades, dentre elas a oração.

Por meio de exames não invasivos, como tomografia computadorizada com emissão de pósitrons, o PET *scan* e a ressonância magnética funcional, é possível reconhecer áreas cerebrais envolvidas durante a oração; entretanto, poucos são os estudos experimentais que avaliam as funções neurohormonais durante a prática da oração (SAVIOLI, 2007). Um dos estudos realizados é o de Azari et al. (2001) que buscou verificar aumento do fluxo sanguíneo em certas áreas cerebrais durante a oração. Para isso, foram selecionados seis monges reconhecidamente convertidos para o catolicismo e donos de indiscutível espiritualidade, os quais foram comparados com outros seis indivíduos, sem nenhuma convicção religiosa. A avaliação foi realizada nos dois grupos por meio do PET *scan*, em dois momentos, perante três situações (antes e depois da recitação de um versículo bíblico, declamação de uma rima de alegria e leitura de uma página de uma lista telefônica). A primeira situação caracterizou-se como religiosa, a segunda de alegria e a terceira de incomodação. Observou-se que, durante o clímax da oração, os monges apresentaram aumento do fluxo cerebral em determinadas áreas do cérebro.

A prática da oração foi apontada por Barnes et al. (2004) como a atividade de terapia complementar mais usada. Em pacientes com diagnóstico de câncer, a realização da oração para uma melhora de sua saúde tem apresentado efeitos benéficos, como melhora da saúde e redução dos efeitos do câncer (ROSS et al., 2008; LENGACHER et al, 2002; MERAVIGLIA, 2002). Além disso, o ato de rezar é considerado uma atividade espiritual utilizada de forma frequente pelas pessoas, a qual facilita o processo de saúde/doença e promove o bem-estar (CALDEIRA, 2009). Oração é mais do que apenas uma ferramenta para promover o "enfrentamento religioso e/ ou espiritual positivo"; ela também propicia esperança por meio de uma dimensão sagrada e de auto-transcendência (ESPERANDIO; LADD, 2015). De acordo com Ladd e Spilka (2013), a oração é uma forma possível de estabelecer conexão consigo mesmo, com os outros e com o sagrado.

A origem da palavra *prece* vem do latim "*prex*" e significa pedidos, súplicas ou desejos (TAYLOR et al., 2007). É prática comum em diferentes doutrinas. Entretanto, somente em 1980 tornou-se assunto de investigação de pesquisa na área da saúde (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). O envolvimento com a oração,

dentre outros meios, serve como uma fonte de conforto e de esperança (WILKINSON; LEUVEN, 2010).

Cada pessoa possui uma maneira de realizar a oração que em geral depende do tipo de crença. Sendo assim, o seu significado e o seu propósito também é apreendido de diferentes formas. Entretanto, um dos meios de oração bastante utilizado pelas pessoas, independente da sua religião, é o de pedir ou suplicar à distância a um ser superior pelo bem do próximo, denominado de prece de intercessão ou intercessória. Os efeitos desta oração podem transcender os limites habituais de tempo e de espaço (CABRAL, 2009).

A oração intercessória é considerada uma das intervenções terapêuticas mais antigas e o benefício concedido por ela às pessoas doentes é motivo de aceitação por pessoas independentemente da religião, até mesmo por ateus (FOSTER, 1992; BENSON, 1996; TOSTA, 2004b). Esta prática é comum entre os cristãos.

No estudo de Rossi (2008), a oração foi apontada como a terapia alternativa e complementar mais utilizada pelos adultos norte-americanos diagnosticados com câncer, sendo que 68,5% destes faziam o uso desta prática frequentemente.

O efeito da prece intercessória também tem sido objeto de diversos estudos, os quais tanto verificaram que a oração não apresentou os efeitos benéficos esperados (MATTHEWS; CONTI; SIRECI, 2001; AVILES, 2001; SESKEVICH et al., 2004; KRUCOFF et al., 2005; BENSON et al., 2006; ASTIN et al., 2006), quanto suas implicações positivas como redução nas taxas de complicações dos pacientes após serem submetidos a intervenção coronária percutânea e melhora nas taxas de gravidez em mulheres que estavam sendo tratados com fertilização in vitro (KRUCOFF et al, 2001; CHA; WIRTH, 2001).

De acordo com Savioli (2007), um estudo que gerou polêmica e motivou muitas discussões entre os céticos foi o de Randolph Byrd (1988), o qual realizou uma pesquisa de delineamento duplo cego randomizado em pacientes que eram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva por infarto agudo do miocárdio. Ao darem entrada na UTI, os pacientes eram questionados se queriam participar do estudo. Os que concordaram, foram randomizados e distribuídos em dois grupos. O primeiro grupo de 192 pacientes recebeu oração de intercessão de um grupo de intercessores e o outro, com 201 pacientes, não recebeu nenhum tipo de oração. Os resultados apontaram um significativo efeito da oração no grupo intervenção quando

comparado ao grupo controle, tais como: cinco vezes menos uso de antibióticos, três vezes menos ocorrência de edema agudo dos pulmões, poucos pacientes necessitaram de intubação endotraqueal e houve número reduzido de mortes.

Sabe-se que embora a prática de oração, dentre elas a intercessória, venha apresentando efeito benéfico nas pesquisas da área da saúde, ainda há necessidade de estudos que explorem essa temática, uma vez que número de investigações sobre o seu uso na prática clínica é reduzido (JORS et al., 2015). Além disso, existem contradições em relação aos seus benefícios, os quais precisam ser verificados por meio de ensaios clínicos controlados (BENSON et al., 2006). Isso talvez se deva ao fato de que os estudos não retratam de forma clara como foi padronizada a prática da oração, com escassez de informações sobre quem e quantos eram os intercessores, por quantos dias e tempo a oração era realizada, quais eram as intenções que os intercessores pediam, além de que não proporcionam um método objetivo de avaliação de seus resultados. Desse modo, é perceptível a necessidade de realizar estudos com essa temática na prática clínica, a fim de que seja estabelecida a validade da estratégia proposta e, que os resultados obtidos respaldem a utilização apropriada da oração de intercessão. E que assim, a equipe de saúde, em especial a enfermagem, tenha segurança em prestar assistência que supra a necessidade espiritual do paciente.

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o efeito da prece de intercessão nas medidas de angústia espiritual, de morbidade psicológica (ansiedade e depressão), de *coping* religioso/espiritual e de amilase salivar em pacientes com câncer de mama em tratamento radioterápico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a medida de angústia espiritual por meio da pontuação obtida na escala de Angústia Espiritual;
- Identificar a presença de ansiedade, depressão e de morbidade psicológica por meio da pontuação obtida na escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS);
- Identificar, de forma complementar, a presença de ansiedade por meio do marcador biológico amilase salivar utilizando um analisador portátil;
- Identificar, a medida de *coping* religioso/espiritual positivo, *coping* religioso/espiritual negativo e *coping* religioso/espiritual total das participantes do estudo, por meio da escala de *coping* religioso/espiritual abreviada (CRE-Breve).

4.1 HIPÓTESE GERAL

Os participantes do grupo intervenção que receberem a prece de intercessão apresentarão medidas menores de angústia espiritual, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), de *coping* religioso/espiritual negativo e de amilase salivar e medidas maiores de *coping* positivo e de *coping* religioso/espiritual total, quando comparados aos participantes do grupo controle que receberem o cuidado usual do ambulatório de radioterapia.

4.2 HIPÓTESES ESPECÍFICAS

- Os participantes do grupo intervenção que receberem a prece de intercessão apresentarão medidas menores de angústia espiritual, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), de *coping* religioso/espiritual negativo, de amilase salivar e medidas maiores de *coping* religioso/espiritual positivo e de *coping* religioso/espiritual total quando comparados aos participantes do grupo controle que receberem somente o cuidado usual do ambulatório de radioterapia, no pós-teste (T₁).

- Os participantes do grupo intervenção que receberem a prece de intercessão apresentarão medidas menores de angústia espiritual, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), de *coping* religioso/espiritual negativo, de amilase salivar e medidas maiores de *coping religioso/espiritual* positivo e de *coping* religioso/espiritual total quando comparados aos participantes do grupo controle que receberam somente o cuidado usual do ambulatório de radioterapia, no pós-teste (T₂).

- Os participantes do grupo controle apresentarão maiores medidas de angústia espiritual, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), de *coping* religioso/espiritual negativo, de amilase salivar e medidas menores de *coping* religioso espiritual positivo e de *coping* religioso/espiritual total no pós-teste (T₁ e T₂) em relação ao pré-teste (T₀).

- Os participantes do grupo intervenção que receberem a prece de intercessão apresentarão medidas menores de angústia espiritual, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), de *coping* religioso/espiritual negativo, de amilase salivar e maiores medidas de *coping* religioso/espiritual positivo e de *coping* religioso/espiritual total no pós-teste (T₁ e T₂) em relação ao pré-teste (T₀).

Os detalhes sobre os passos utilizados na realização do estudo são expostos a seguir.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Ao se desenvolver pesquisas na área de enfermagem, como em qualquer outra área de estudo, busca-se produzir melhor evidência e obter resultados confiáveis para a prática clínica por meio de um cuidado especial e criterioso na seleção do método, assim como corresponder ao rigor científico seguindo as recomendações para cada tipo de estudo (DUTRA; REIS, 2016). Neste propósito, no presente estudo, para alcançar os objetivos e as hipóteses definidas, foi desenvolvido um ensaio clínico aleatorizado controlado e mascarado.

De acordo com Hulley e colaboradores (2015) o tipo de estudo proposto é um padrão de referência com forte evidência científica.

O ensaio clínico é um estudo de caráter prospectivo e a aleatorização é uma questão importante, uma vez que evita o viés de seleção e de confundimento por dispersar igualmente os fatores que podem existir entre os grupos do estudo (POLIT; BECK, 2014; OLIVEIRA; VELARDE; SÁ, 2015). Os grupos são formados por meio da distribuição das participantes em Grupo Experimental (G.E) ou Grupo Intervenção (G.I) e Grupo Controle (G.C). Nesta distribuição, existe a probabilidade igual ou conhecida de cada participante pertencer a qualquer um dos grupos, eliminando assim tendências relacionadas a atributos que possam afetar a(s) variável(is) dependentes, ou seja, as de interesse do estudo (GREENHALG, 2013; LoBIONDO-WOOD; HABER, 2010).

No que se refere ao controle, este é um grupo que não recebe a intervenção proposta e, o objetivo deste é ser usado para avaliar os resultados obtidos no grupo experimental (POLIT; BECK, 2014). Já no G.I, a variável dependente sofre modificações determinadas pelo pesquisador e os seus resultados são avaliados posteriormente, o que possibilita determinar a validade do tratamento empregado (POLIT; BECK, 2014).

E, por último, o mascaramento, refere-se ao não conhecimento a respeito da alocação das participantes nos grupos controle e intervenção, seja por parte das participantes do estudo, dos membros da equipe de pesquisa e dos responsáveis

pela avaliação dos resultados. Este é considerado tão importante quanto a randomização, visto que também elimina o confundimento gerado por meio de cointervenções e reduz vieses na avaliação e na atribuição dos desfechos (HULLEY et al., 2015).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP(HCFMRP-USP). Como forma de garantir a privacidade dos participantes, os mesmos eram convidados a dirigir-se até uma sala reservada do ambulatório onde aconteciam as entrevistas.

O HCFMR é um hospital de referência para atendimentos complexos e presta assistência tanto para a população de Ribeirão Preto quanto de outros estados e até mesmo de outros países. Busca desenvolver e praticar assistência, ensino e pesquisa em saúde de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

Dentre os diversos serviços especializados que o HCFMRP-USP oferece encontra-se o Serviço de Oncologia, o qual é coordenado por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos) que proporcionam atendimento integral aos pacientes. Uma das unidades que compõe este serviço é o Ambulatório de Radioterapia, o qual presta atendimento das 07: 00 às 22: 30 horas.

A equipe de enfermagem, em especial, desempenha assistência aos pacientes durante todo o período que este estará frequentando a unidade de radioterapia; as ações da equipe englobam acolhimento e orientações sobre como transcorre o período do tratamento, as possíveis reações que podem acontecer e qual procedimento deve ser adotado.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população deste estudo constituiu-se de pacientes com câncer de mama, submetidos ao tratamento de radioterapia.

Como critérios de inclusão adotou-se: pessoas diagnosticadas com câncer de mama em tratamento radioterápico adjuvante e neoadjuvante que não apresentassem metástase; maiores de 18 anos; independente do gênero; cristãos ou não cristão, ateus ou agnósticos; com condições de se expressarem verbalmente e que estivessem realizando o primeiro tratamento radioterápico na unidade ambulatorial do HCFMRP; com consciência, memória e orientação preservadas, avaliadas por meio das questões: Que dia é hoje? Qual dia da semana estamos? Como se chama o local onde estamos? E capazes de repetir, após cinco minutos, as seguintes palavras: colar, trinta e dois e celeiro, conforme sugestões de Swartz (2006) para tais avaliações.

O participante deveria receber tratamento cujo protocolo incluísse diariamente sessões de radioterapia, por duas ou mais semanas, de forma a permitir a repetitividade da intervenção em estudo (prece de intercessão) e aumentar a credibilidade dos dados obtidos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O critério de exclusão adotado foi o participante que apresentasse intercorrências clínicas que afetassem a continuidade no estudo.

Ressalva-se que, o objetivo inicial do presente estudo era selecionar participantes que seriam alocados em três grupos diferentes, sendo grupo intervenção, grupo controle positivo e grupo controle negativo. A diferença entre o grupo controle positivo e negativo consistia em que este último, seria composto por cristãos, ateus ou agnósticos que não manifestassem interesse em receber a prece, mas que se propusessem a responder os instrumentos. A manutenção desses participantes teria a finalidade de minimizar a predisposição em relação à intervenção, isto é, verificar se existe correlação entre a intenção de participar ou não participar da intervenção. Ainda, auxiliaria na compreensão do fenômeno em estudo, caso os participantes dos diferentes grupos apresentassem escores de angústia espiritual, de *coping* religioso/espiritual e de morbidade psicológica (ansiedade e depressão) distintos. O uso deste grupo controle tem sido empregado nos estudos clínicos para auxiliar na análise de homogeneidade da amostra e de

possível viés de aceitação da intervenção dentre os participantes. Contudo, tanto no estudo piloto quanto no estudo final não houve presença de participantes no Grupo Controle negativo.

5.3.1 Cálculo amostral

O cálculo para o tamanho da amostra teve por base a diferença esperada entre as médias do Grupo Intervenção e do Grupo Controle com relação ao efeito da prece intercessória no tratamento de radioterapia das mulheres com câncer de mama.

Para o cálculo, considerou-se a diferença entre as médias da Escala de Angústia Espiritual, uma vez que se trata de uma escala contínua. Assim, buscou-se uma diferença entre os grupos de 24 pontos, a qual foi obtida ao subtrair a porcentagem do valor correspondente ao poder do teste de 80% nos 30 itens presentes no instrumento. Desvio-padrão de 24, valor correspondente ao encontrado do estudo piloto. Assim, utilizou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{2 \sigma^2 [Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta}]^2}{d^2}$$

Em que: n = tamanho da amostra de cada grupo; σ^2 = desvio padrão (24); $Z_{1-\alpha}$ = nível de significância de 5% (1,96); $Z_{1-\beta}$ = poder do teste (0,85); d^2 = diferença entre as médias do grupo controle positivo e intervenção (24).

O resultado estimado para o tamanho da amostra foi de 15 indivíduos em cada grupo, totalizando 30 participantes.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender à Resolução CNS-466/2012, a qual apresenta regulamentação para pesquisas desenvolvida com seres humanos (BRASIL, 2012), para os

participantes da pesquisa e os do estudo piloto foram estabelecidos os seguintes princípios:

- Aos participantes seria assegurado o anonimato em todas as fases da pesquisa;
- Aos participantes da pesquisa seria solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, das quais uma permaneceu com a pesquisadora e a outra com o participante, sendo garantido o direito de desistência em qualquer fase da mesma.
- Os participantes que possivelmente apresentassem algum desconforto em relação à temática investigada teriam o direito de escolher se gostariam ou não de continuar participando do estudo e as informações das possíveis intercorrências em relação ao desconforto deveriam ser referidas à pesquisadora para os encaminhamentos cabíveis junto à equipe de saúde. Cabe destacar que não se observou desconforto em nenhum participante.
- Todos os participantes seriam esclarecidos que a não aceitação em participar do estudo ou a desistência em qualquer fase do mesmo não ocasionariam prejuízos à assistência prestada;
- Após o término da pesquisa, os participantes que manifestassem interesse seriam esclarecidos sobre o resultado do estudo.

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) instituição proponente, via Plataforma Brasil (ANEXO A), assim como ao da instituição coparticipante, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - HCFMRP/USP (ANEXO B), sob os números de protocolos respectivamente: 896.787 e 902.066 e obteve aprovação no mês de Dezembro de 2014. Ainda, este estudo foi registrado na plataforma *Clinical Trials* com número de identificação: NCT02716467.

Adotou-se as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) *Statement* (SCHULZ et al., 2010).

5.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS E AVALIAÇÃO

A seguir estão apresentados os instrumentos utilizados na coleta de dados.

5.5.1 Instrumento de triagem (avaliação dos critérios de inclusão) e de seguimento das fases do estudo

O Instrumento de triagem e acompanhamento do estudo teve por finalidade verificar a elegibilidade dos pacientes e o acompanhamento durante as diferentes fases do estudo. Foi composto inicialmente por identificação (nome e registro), informações sobre: presença do diagnóstico médico de câncer de mama; do protocolo de radioterapia adotado (adjuvante ou neoadjuvante), do tipo de cirurgia realizada e estadiamento da doença, do ciclo da radioterapia e do número de sessões programadas. Ainda, o instrumento permitia apontar o atendimento ou não aos critérios de inclusão (interesse em receber prece de intercessão; conseguir expressar-se verbalmente; e estar consciente, com memória e orientação preservadas). A decisão se o participante era (ou não) inserido no estudo e a confirmação de que o participante havia assinado o TCLE também eram assinaladas nesse instrumento

O acompanhamento das etapas do estudo, incluía a data de avaliação de cada etapa e os escores dos demais instrumentos aplicados no estudo.

O instrumento de triagem e de seguimento das fases do estudo foi submetido à avaliação por três peritos quanto à aparência e conteúdo. Previamente à realização desta avaliação os peritos assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5.2 Formulário de entrevista (dados sociodemográficos, clínicos e de identificação da religiosidade/espiritualidade)

O formulário de entrevista foi utilizado para identificação dos participantes do estudo; este instrumento foi composto de três partes. A primeira parte retratou as questões sociodemográficas que incluiu os seguintes itens: idade; gênero;

escolaridade; forma como reside; lazer ou recreação renda familiar; ocupação. Na segunda foram abordados dados sobre as características clínicas: diagnóstico, tratamento, procedimento cirúrgico; conhecimento dos efeitos do tratamento; grupo de apoio; suporte emocional; uso de medicamentos. E, por fim, a terceira parte englobou dados relacionados à religiosidade/espiritualidade, em que se obteve informações sobre algo que proporcionava tranquilidade; crença sobre sentido e propósito de vida; continuação de atividades agradáveis; mudança no interesse das atividades cotidianas; relacionamento com pessoas significativas; religião/doutrina/crença; busca de apoio em um ser superior; prática religiosa antes da doença; se pratica religião; tipo de prática religiosa; se recebe oração da família ou amigos; restrições decorrentes da doença na prática religiosa e avaliação da religião/espiritualidade em seu momento de vida. Antes de ser aplicado, o instrumento foi submetido à avaliação, por três peritos, quanto à aparência e conteúdo. Previamente à realização desta avaliação os peritos assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5.3 Escala de Angústia Espiritual (SDS)

A Escala de Angústia Espiritual (SDS) (*Spiritual Distress Scale*) foi construída por Ku; Kuo e Yao (2010). Teve suas medidas psicométricas adaptadas e validadas na cultura brasileira por Simão (2013), apresentando para confiabilidade intra e inter examinador valores de Kappa acima de 0,75 em mais da metade dos itens e, na análise de consistência interna Alfa de Cronbach de 0,87 para a escala no geral. Na validação de construto divergente, em que se buscou correlacionar a Escala de Angústia Espiritual com a Escala de Bem-estar Espiritual, houve presença de correlação inversa significativa e mediana entre ambas, em que ($r = -0,468$), confirmado pelo valor- $p < 0,001$, uma vez que se considerou significativo ao nível de 5%. O instrumento é constituído de uma opção de escala Likert de seis pontos (concordo absolutamente; concordo em parte; concordo; discordo; discordo em parte e discordo absolutamente). A pontuação pode variar de 30 a 180 pontos, em que maiores índices refletem maior nível de angústia espiritual. As pontuações foram distribuídas nas seguintes faixas de valores: 30 a 80 pontos referem-se a nível baixo

de angústia espiritual; 81 a 130 pontos referem-se a nível médio de angústia espiritual e 131 a 180 pontos referem-se a nível alto de angústia espiritual. Ressalva-se que para o uso deste instrumento no presente estudo obteve-se autorização da autora que o construiu.

5.5.4 Instrumento de avaliação da presença de angústia espiritual

Este instrumento buscou auxiliar a pesquisadora a caracterizar os pacientes que apresentavam o fenômeno angústia espiritual; por meio da identificação das características definidoras pertinentes ao diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual (00066), conforme proposto na taxonomia NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2012) vigente no início do estudo. No âmbito deste estudo, sofrimento espiritual e angústia espiritual foram considerados como sinônimos, dado que historicamente ambos os conceitos já foram empregados para o mesmo fenômeno.

Dentre as 28 características definidoras apresentadas pela NANDA-I, apenas as características: “expressa alteração de comportamento: raiva”; “expressa sofrimento”; “expressa alienação”; sente-se abandonado; “expressa falta de sentido na vida” e “expressa falta de esperança” foram adotadas para identificar a presença do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual; estas características apresentaram bons índices de especificidade, sensibilidade e valores preditivos nos estudos de Chaves et al. (2010); Caldeira; Timmins; Carvalho (2014) e CALDEIRA et al. (2017), que realizaram a validação por peritos e avaliação clínica deste diagnóstico. A opção de resposta desse instrumento era dicotômica (Sim/Não).

5.5.5 Instrumento de avaliação pelo próprio paciente sobre a presença do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual

O instrumento de avaliação sobre a presença do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual, teve por finalidade identificar a opinião do participante sobre a presença do diagnóstico. Foi composto pelo conceito do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual presente na NANDA-I “Capacidade prejudicada de

experienciar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, arte, música, literatura, natureza e/ou um ser maior” (HERDMAN; KAMITSURU, 2012, p. 474-475). Após a leitura do conceito, o paciente respondia ao questionamento: Você sente que está com sofrimento espiritual? A opção dessa resposta era dicotômica (Sim/Não), sendo a resposta positiva interpretada como manifestação do referido diagnóstico. Para identificação do diagnóstico de enfermagem em tela, havia um espaço específico no instrumento, no qual seria possível registrar a declaração do paciente.

5.5.6 Escala *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve)

A escala CRE-Breve possibilita avaliar as estratégias religiosas e espirituais que o indivíduo utiliza ao lidar com estressores importantes da vida. Foi desenvolvida por Pargament, Koenig e Perez (2000), com a denominação de RCOPE (*Religious Coping Scale*). É uma versão resumida da Escala CRE validada no ano de 2005 por Panzini e Bandeira (2005a), sendo o primeiro instrumento de avaliação de CRE do Brasil. Na análise de consistência interna, a escala CRE-Breve apresentou Alfa de Cronbach 0,97 demonstrando ser um instrumento confiável. A escala contém 49 itens sendo que destes, 34 avaliam o uso do CRE positivo (CREP) e 15 o do CRE negativo (CREN) (PANZINI et al., 2011).

A opção de resposta é por meio de uma escala Likert de cinco pontos que varia de um (nunca) a cinco (muitíssimo) e recebe uma pontuação que possibilita a análise e compreensão dos dados. O parâmetro utilizado para análise dos valores das médias da CRE-Breve é: nível irrisório (1,00 a 1,50), nível baixo (1,51 a 2,50), nível médio (2,51 a 3,50), nível alto (3,51 a 4,50) e nível altíssimo (4,51 a 5, 00) (PANZINI et al., 2011).

Para utilizar esse instrumento foi solicitada permissão para a autora que validou a escala na cultura brasileira.

5.5.7 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), inicialmente foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) para identificar graus leves de ansiedade e depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos e, posteriormente, para outros tipos de pacientes. Foi validada no Brasil por Botega et al. (1995) e é um instrumento simples, de preenchimento rápido e fácil. É constituída por 14 itens em que sete pertencem à subescala de ansiedade e os outros sete à subescala de depressão. A opção de resposta destas subescalas é pontuada em uma escala de zero a três, compondo pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala e escore maior ou igual a oito indicam presença de ansiedade e de depressão, para pacientes com câncer (ZIGMOND; SNAITH, 1983; NOWAC et al., 2014). Ainda, a escala pode ser analisada como índice de *distress* emocional (morbidade psicológica) quando utilizada em sua pontuação total (HADS-Total) ZIGMOND; SNAITH, 1983). Sendo assim, o intervalo de pontuação pode variar entre zero e 42 com um corte ≥ 15 indicando *distress* emocional (KOHLENER et al., 2014). Para utilizar esse instrumento foi solicitada permissão ao respectivo autor que validou a escala na cultura brasileira.

5.6 ESTUDO PILOTO

Com a finalidade de identificar a viabilidade do alcance dos objetivos e o tamanho amostral, foi realizado inicialmente um estudo piloto. Para Hulley e colaboradores (2015), este é um estudo em que participa um número reduzido de pessoas e antecede um estudo maior, a fim de determinar se este é exequível (HULLEY et al., 2015).

De acordo com Polit e Beck (2014) e Hulley e colaboradores (2015), isso é possível uma vez que, por meio deste estudo, se verificam os aspectos relacionados aos instrumentos quanto a sua aplicabilidade, questões relacionadas à coleta de dados, ao recrutamento, à implementação e à avaliação da intervenção testada; contribui ainda para estimar o tamanho da amostra, opção adotada neste estudo.

A fase do estudo piloto aconteceu no período de 30/03/2015 à 02/07/2015. Todas as entrevistas foram realizadas em um local reservado, no Ambulatório de Radioterapia do HCFMRP; nenhuma participante mencionou desconforto em relação à pesquisa.

Durante o período de coleta, 19 pacientes foram abordadas e convidadas a participar do estudo, sendo orientadas sobre as etapas da pesquisa. Destas, somente 11 foram incluídas no estudo piloto, quer por motivo de recusa ou dos critérios de inclusão. Entretanto, ainda houve duas perdas no primeiro dia de aplicação da radioterapia em que uma paciente desistiu de participar do estudo e a outra teve alteração do horário agendado para o início do tratamento. Assim, a amostra foi constituída de nove participantes do sexo feminino, sendo quatro pertencentes ao Grupo Controle (G.C) e cinco ao Grupo Intervenção (G.I). Em relação aos instrumentos utilizados, à operacionalização da randomização e à aplicação da intervenção, não foi necessário realizar modificações para o estudo final. Assim, os dados obtidos nesta fase foram considerados apenas para o cálculo do tamanho da amostra e não fizeram parte da descrição final desta investigação.

5.7 COLETA DE DADOS

Esta fase transcorreu no período de setembro de 2015 a maio de 2016, onde os participantes tiveram contato com a pesquisadora em três momentos.

O primeiro momento aconteceu antes da intervenção ser implementada, considerado pré-teste (T_0); o segundo foi realizado na metade do ciclo de sessões de radioterapia de cada paciente (T_1); e, o terceiro e último, no término das sessões de radioterapia (T_2), o qual incluiu as doses de reforço (*boost*). Ressalta-se que cada participante apresentava um esquema de sessões de radioterapia em que incluía o período *boost*; essa variação do número total de aplicações é decorrente do tipo histológico e grau do câncer de cada paciente.

5.7.1 Rastreamento

No Ambulatório de Radioterapia do HCFMRP, especificamente às segundas feiras e terças feiras no período vespertino, são programadas as consultas médica dos pacientes com câncer de mama, juntamente com uma demanda menor de pacientes com outros tipos de câncer. A finalidade dessa consulta é a equipe médica desse setor avaliar os pacientes e verificar se esses estão aptos a iniciar o tratamento radioterápico. Os pacientes usualmente chegam ao Ambulatório após serem encaminhadas por seus médicos responsáveis que os acompanha desde o início do diagnóstico. O encaminhamento acontece, em alguns casos, após o procedimento cirúrgico ou após o término das sessões de quimioterapia.

Para verificar se os pacientes agendados poderiam fazer parte do presente estudo, realizava-se uma breve análise dos prontuários. Assim, os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão eram abordados antes da consulta médica e convidados a participar do estudo. Após serem esclarecidos sobre os objetivos do estudo, os que aceitaram participar da pesquisa assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam os instrumentos de triagem e de acompanhamento do estudo, o formulário de entrevista, o instrumento de auto avaliação sobre a presença do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual. Além destes, a pesquisadora preenchia o instrumento com características definidoras do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual por meio dos aspectos observados por esta, na entrevista com o paciente.

5.7.2 Operacionalização

A coleta de dados de cada participante aconteceu em três momentos, segundo sua entrada no estudo.

A primeira coleta (dado basal) ocorreu no dia programado e agendado para o início do tratamento de radioterapia e foi denominado pré- teste (T_0). Após esta coleta houve a aleatorização ou randomização dos participantes. A segunda coleta, denominada pós-teste (T_1), aconteceu no meio do período de tratamento de cada participante; e a terceira coleta, denominada pós-teste (T_2), no último dia de

aplicação da radioterapia. Em todos os tempos de coleta de dados (T_0 , T_1 e T_2), a entrevista com os participantes para avaliação das variáveis seguiu os mesmos pressupostos. Para organizar o fluxo das coletas T_1 e T_2 , a pesquisadora principal tinha como suporte uma planilha e, ainda, conferia a agenda no plano tratamento de cada participante utilizado pela equipe do ambulatório. A previsão do retorno podia sofrer alterações em decorrência de vários motivos, dentre eles, ausência do paciente, por problemas internos do ambulatório ou a não realização da radioterapia por efeitos indesejados/colaterais do tratamento.

Nos três momentos foram aplicados, por meio de entrevista, os instrumentos Escala de Angústia Espiritual, Escala CRE-Breve, Escala HADS e, ainda, foi coletada a saliva para análise das medidas da enzima amilase salivar.

5.7.3 Identificação das medidas de variáveis psicológicas, espirituais e biológica

A identificação das medidas das diferentes variáveis exploradas neste estudo transcorreu por meio da utilização de um recurso para analisar cada variável, em três momentos distintos, o qual possibilitou comparação dos resultados.

5.7.3.1 Identificação da angústia espiritual

A presença da variável angústia espiritual foi avaliada por meio da medida obtida na escala de angústia espiritual. Assim, foi possível verificar em cada fase do estudo em qual faixa de valores cada participante se encontrava por meio da somatória dos itens da escala Likert. Além da escala, foram utilizados os instrumentos de avaliação pelo próprio paciente sobre a presença do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual e outro com as características definidoras do sofrimento espiritual preenchido pela pesquisadora.

5.7.3.2 Identificação do *Coping* Religioso/Espiritual

Para identificar a medida de *coping* religioso/espiritual utilizado pelos pacientes com câncer de mama em tratamento radioterápico, foi aplicada a escala de Coping Religioso/Espiritual – abreviada (CRE-Breve). Por meio dos dados coletados nesta escala, foi possível identificar o tipo de *coping* que prevalecia nos participantes no momento da entrevista, sendo distribuídos em *Coping* Religioso/Espiritual Positivo (CREP), *Coping* Religioso/Espiritual Negativo (CREN) e *Coping* Religioso/Espiritual Total (CRE-Total).

5.7.3.3 Identificação da presença de morbidade psicológica (ansiedade e depressão)

A identificação da presença de morbidade psicológica foi realizada por meio da somatória total das medidas obtidas das subescalas de ansiedade e de depressão por meio da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). Ainda, obteve-se as medidas separadas das subescalas de ansiedade e de depressão, a qual possibilitou identificar presença ou ausência destas variáveis nos participantes.

5.7.3.4 Identificação complementar da presença de ansiedade pela amilase salivar

Com a finalidade de confirmar os achados encontrados para a variável de ansiedade e de ter um parâmetro biológico, a enzima amilase salivar dos pacientes foi coletada e analisada. Para tanto, optou-se pelo Cocoro Meter® (Nipro Corporation – Osaka, Japão), um dispositivo usado em vários estudos nos últimos anos, o qual proporciona praticidade na coleta e na análise da saliva, assim como agilidade e produz leituras que apresentam uma precisão de em média 94% em menos de um minuto (ARAI et al., 2014; IIZUKA; AWANO; ANSAI, 2012; KIRIYAMA et al., 2015; SHIBATA et al., 2013; MULRINE et al., 2011). Este analisador portátil de amilase salivar realiza a leitura da mesma por meio de uma fita teste descartável (FIGURA 1).

Figura 1 - Sistema para a coleta e análise da amilase salivar: analisador portátil Cocoro Meter® e fita teste descartável.

Fonte: <http://item.rakuten.co.jp/harumi/987565/>

No momento que precedia a coleta da amilase salivar, adotou-se o cuidado de orientar os participantes que realizassem higienização da cavidade oral por meio de enxague com água, a fim de evitar contaminação da amostra (YOSHIZAWA et al., 2013). Em seguida, a parte da fita teste descartável destinada a coletar a saliva era colocada na cavidade oral sob a língua dos participantes por 30 segundos. Esta parte da fita é constituída por um papel reagente contendo 2-cloro-4-nitrofenil-4-o- β -Dgalactopiranosilmaltoside (Gal-G2-CNP, Toyobo Co. Ltd, Osaka, Japan), o qual é hidrolisado pela amilase (YAMAGUCHI et al., 2006). Assim, durante avaliação do tempo de reação dessa hidrólise o monitor é capaz de quantificar a atividade da amilase (ARAI et al., 2014). Após os 30 segundos, a fita era retirada da cavidade oral e inserida no local de leitura do analisador portátil para a identificação do nível da amilase salivar. O resultado obtido desta análise era disponibilizado pelo equipamento e, o valor detectado registrado pela pesquisadora no instrumento de triagem e de seguimento das fases do estudo. Ao término deste processo, a fita teste era descartada.

Para a interpretação da amilase salivar, considerou-se os parâmetros de 0 a 30 sem estresse, 31 a 45 baixo estresse, 46 a 60 estresse e maior ou igual a 61 alto estresse (NIPRO COCORO METER).

5.7.4 Aleatorização

Realizou-se a aleatorização pareada, de modo que a alocação aleatória foi feita no interior do par, ou seja, um indivíduo recebeu a intervenção proposta (Grupo Intervenção) e outro foi designado a fazer parte do Grupo Controle.

Foi intenção da pesquisadora parear os pacientes que tivessem as mesmas medidas da variável angústia espiritual. Para tanto, três envelopes foram elaborados. Na parte externa destes havia a descrição de acordo com a classificação (baixa, media e alta) da variável angústia espiritual e, no seu interior, continha um cartão escrito “Grupo Intervenção” ou “Grupo Controle” (FIGURA 2). A aleatorização era realizada após o primeiro dia de aplicação da radioterapia, por um pesquisador auxiliar que não participava da fase de coleta de dados.

Figura 2: Combinação das variáveis usadas nos envelopes

Combinação da variável para aleatorização		
*1. Baixa Angústia Espiritual	*2. Média Angústia Espiritual	*3. Alta Angústia Espiritual

* Número de cada envelope.

Os participantes do Grupo Intervenção eram pessoas que aceitaram participar do estudo e desejavam receber a intervenção; além do cuidado usual prestado pela equipe do hospital foram contemplados a receber a intervenção “prece de intercessão” durante o período de tratamento. Já os do “Grupo Controle” eram participantes que aceitaram participar do estudo e desejavam receber a intervenção, mas não foram contemplados a receber a intervenção, sendo assim, receberam somente o cuidado usual prestado pela equipe do Ambulatório de Radioterapia (FIGURA 3).

FIGURA 3 – Diagrama de aleatorização dos participantes elegíveis.

Fonte: Elaborada pela autora.

5.7.5 Intervenção

A prece de intercessão foi realizada para os participantes do Grupo Intervenção por um grupo de seis pessoas religiosas que professam a fé cristã, as quais rezaram todos os dias durante o período de uma hora até que se completasse todo o esquema de aplicações de radioterapia. Os intercessores pediram calma, paz, tranquilidade e restabelecimento da saúde e do bem-estar espiritual dos participantes. Ressalva-se que o contato com os intercessores foi realizado pela pesquisadora auxiliar em dois momentos; o primeiro aconteceu após a aleatorização dos participantes em que o nome dos designados para o grupo intervenção foi direcionado aos intercessores para que estes iniciassem a oração e, o segundo aconteceu ao término das sessões de radioterapia de cada participante para que os intercessores tivessem conhecimento do momento que finalizariam a oração para o respectivo paciente.

A prece de intercessão já foi realizada em diversos estudos que tiveram por objetivo avaliar o seu efeito, tais como em pacientes com Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em situação avançada (Sicher et al., 1998), em pacientes admitidos em uma Unidade de Cuidados Coronariana (Byrd, 1988; Harris et al., 1999) em pacientes com câncer (Olver; Dutney, 2012). Entretanto, o seu real benefício ainda é fonte de questionamentos.

Optou-se pela escolha da intervenção de prece de intercessão ou cura a distância, a fim de verificar se esta intervenção é capaz de apresentar efeitos positivos nas medidas de angústia espiritual, assim como na morbidade psicológica (ansiedade e depressão) e na da amilase salivar, apresentados pelos pacientes com câncer de mama.

5.7.6 Mascaramento

O mascaramento do estudo foi aplicado à pesquisadora principal, a qual foi responsável por identificar os participantes do estudo e avaliar os resultados obtidos, bem como aos participantes do Grupo Intervenção e do Grupo Controle.

Com tal intuito, a pesquisadora principal foi responsável pela coleta dos dados por meio da aplicação dos instrumentos: Escala de Angústia Espiritual, Escala CRE-Breve e Escala HADS e coletar a saliva dos pacientes para obter as medidas da enzima amilase salivar. Contudo, a pesquisadora não apresentava conhecimento sobre quais participantes pertenciam ao Grupo Intervenção e ao Grupo Controle. Esta informação também foi ocultada dos pacientes, uma vez que não ficaram sabendo se estavam ou não recebendo a intervenção, pois essa aconteceu por um grupo de intercessores em ambiente extra-hospitalar.

5.7.7 Avaliação dos resultados

O efeito da intervenção foi avaliado em dois momentos: após a metade e ao término das aplicações de radioterapia, por meio da comparação intra e inter grupos (intervenção e controle). Para isso, foram utilizados os escores obtidos na Escala de Angústia Espiritual, na Escala HADS e a média da Escala CRE-Breve, bem como o nível de amilase salivar.

Para facilitar a compreensão do estudo apresentamos a seguir um fluxograma que resume os passos descritos (Figura 4).

Figura 4: Esquema dos passos do estudo:

Fonte: Elaborada pela autora

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por meio dos instrumentos foram inseridos na planilha eletrônica do programa Excel-2007 da Microsoft Windows. Nesse programa, as variáveis foram organizadas e seus escores inseridos em dupla digitação com a finalidade de minimizar possíveis erros e, em seguida, realizou-se o processo de verificação de discordâncias entre as planilhas. Posteriormente, os dados foram exportados para um *software* em que se realizou as análises estatísticas dos dados.

O *software* utilizado foi IBM SPSS *Statistics for Windows*, Version 22.0; em que inicialmente foi possível caracterizar os participantes por meio do teste *t de student* para amostras independentes no que se refere à variável numérica (idade) e testes de qui-quadrado (χ^2) para as variáveis categóricas (gênero; renda familiar; escolaridade; forma como reside; recreação; ocupação; diagnóstico, tratamento, procedimento cirúrgico e conhecimento dos efeitos do tratamento; grupo de apoio; suporte emocional; uso de medicamentos; algo que lhe proporcionava tranquilidade; crença sobre sentido e propósito de vida; continuação de atividades agradáveis; mudança no interesse das atividades cotidianas; relacionamento com as pessoas significativas; religião/doutrina/crença; busca de apoio em um ser superior; prática religiosa antes da doença; pratica religião; tipo de prática religiosa; recebe oração da família ou amigos; restrições decorrentes da doença na prática religiosa e avaliação da religião/espiritualidade em seu momento de vida).

Para verificar a consistência interna de cada instrumento, empregou-se a análise de confiabilidade por meio do *Alpha de Cronbach*. O teste de *Shapiro-Wilk* foi realizado para avaliar a normalidade dos dados referentes a escala de angústia espiritual, escala de ansiedade e depressão hospitalar e escala de *coping* religioso/espiritual abreviada, bem como da amilase salivar. Nos casos de distribuição paramétrica, o teste *t* pareado foi utilizado com a finalidade de avaliar as diferenças intra-grupos e o teste *t* independente para avaliar as diferenças entre os grupos. Já para os dados que apresentaram uma distribuição não paramétrica dos dados, o teste utilizado para avaliação intra-grupos foi o *Wilcoxon* e para avaliação entre os grupos o teste de *Mann-Whitney*.

Para os dados resultantes da análise intergrupo que apresentaram significância estatística, o tamanho do efeito (*effect size* - ES) da intervenção foi determinado a partir da comparação dos escores apresentados entre os grupos (análise intergrupo). Assim, o cálculo se deu por meio do Δ de Glass, método de análise mais indicado para estudos de intervenção em que os desvios-padrão dos grupos se diferem (DUNST; HAMBY; TRIVETTE, 2004; ESPÍRITO-SANTO; DANIEL, 2015). Dessa forma, a equação empregada para o cálculo do tamanho do efeito foi:

$$ES (\Delta \text{ de Glass}) = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{dp_2}$$

Em que: $\bar{X}_1$ = média do Grupo Intervenção; $\bar{X}_2$ = média do Grupo Controle; dp_2 = desvio padrão do Grupo Controle (DUNST; HAMBY; TRIVETTE, 2004; ESPÍRITO-SANTO; DANIEL, 2015).

A interpretação dos resultados obtidos visou a classificação da magnitude do tamanho do efeito da intervenção. Para tanto, considerou-se que valores de ES igual ou abaixo de 0,19 representavam insignificante magnitude; entre 0,20 e 0,30, pequena magnitude; entre 0,40 e 0,70, média magnitude; e, acima de 0,80, grande magnitude (COHEN, 1994).

Ressalta-se que, em todas as análises estatísticas realizadas nesta investigação, se considerou nível de significância de 5% ($\alpha=0.05$), sendo estatisticamente significantes os testes com $p<0,05$; e, com a finalidade de melhor compreensão dos resultados, os mesmos foram apresentados de modo descritivo e organizados sob a forma de tabelas.

6 Resultados e Discussão

Durante o período de recrutamento, 126 pacientes com diversos tipos de neoplasias, foram atendidas em consulta médica no Ambulatório de Radioterapia do HCFMRP. Destas, 60 apresentavam o diagnóstico de câncer de mama e foram abordadas pela pesquisadora principal deste estudo.

Ao término da consulta médica, uma paciente recusou fazer o tratamento de radioterapia e três foram transferidas pela equipe para realizar o tratamento em outra Unidade de Radioterapia.

Após serem esclarecidas quanto ao estudo e seus objetivos, 15 pessoas recusaram participar da pesquisa.

Das 41 pacientes restantes, 10 não atenderam aos critérios de inclusão por não estarem com consciência, memória e orientação preservadas diante do critério utilizado para tal e por apresentarem metástases. Destarte, a amostra final foi composta por 31 participantes, sendo 15 do Grupo Controle (G.C) e 16 do Grupo Intervenção (G.I). A descrição esquematizada do fluxo das participantes deste estudo, a partir das recomendações do *CONSORT Statement* (SCHULZ et al., 2010), é apresentada na Figura 5.

Figura 5 – Diagrama de fluxo das participantes do estudo

Fonte: CONSORT *Statement* (SCHULZ et al., 2010) (Dados da autora)

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E IDENTIFICAÇÃO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Para avaliar se havia diferenças entre os grupos controle e intervenção, na fase do pré-teste, as características sociodemográficas, clínicas e identificação da religiosidade/espiritualidade estão apresentadas segundo o tipo da variável mensurada.

No que se refere à idade, nota-se que as participantes, de forma geral, apresentaram idades compreendidas entre 42 e 59 anos ($M = 50,9$; $DP = 8,6$). Ao verificar essa variável em cada grupo, observou-se que no G.C a idade variou entre 41 e 62 anos ($M = 51,7$; $DP = 10,5$) e no G.I entre 43 e 56 anos ($M = 50,2$; $DP = 6,6$). Ao realizar a comparação entre os grupos, no que se refere à variável idade, verificou-se que não houve diferenças ($t = 0,472$; $p = 0,641$) entre os mesmos.

Os achados referentes à média da faixa etária de 50 anos das participantes corroboram com os do estudo de Oliva e colaboradores (2013). Estes pesquisadores encontraram uma média de idade de 54,3 anos em uma amostra com 65 pacientes com câncer de mama que realizavam tratamento quimioterápico no Hospital do Câncer de Alfredo Abrão, em Campo Grande.

Ainda, sabe-se que a faixa etária das participantes do presente estudo está de acordo com a de incidência desta neoplasia, uma vez que esta cresce rápida e progressivamente após os 35 anos de idade (RIBEIRO; PORTELLA; MALHEIRO, 2014). Além disso, no Brasil, os órgãos de referência para o câncer de mama, bem como as entidades representativas dos profissionais, como o INCA, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), recomendam rastreamento mamográfico bilateral anual para mulheres a partir dos 35 anos com risco elevado e bianual a partir dos 40 anos para mulheres sem risco (OHL et al., 2016), o que aumenta a probabilidade de detecção desta neoplasia na faixa etária encontrada no presente estudo.

Os resultados obtidos referentes às variáveis categóricas analisadas dos dados sociodemográficas e dos dados clínicos encontram-se apresentadas nas Tabelas 1 e 2 respectivamente.

Tabela 1 – Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes para as variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variáveis Sociodemográficas	Respostas	Grupo Controle (n=15)		Grupo Intervenção (n=16)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Gênero	Feminino	15	100%	16	100%	-----	-----
	Masculino	0	0%	0	0%	-----	-----
Escolaridade	Ensino Fundamental	9	60%	9	56,2%	4,573	0,102
	Ensino Médio	3	20%	7	43,8%		
	Ensino Superior	3	20%	0	0,0%		
Forma como reside	Sozinho	1	6,7%	2	12,5%	0,301	0,583
	Com família	14	93,3%	14	87,5%		
Lazer/recreação	Sim	5	33,3%	5	31,2%	0,015	0,901
	Não	10	66,7%	11	68,8%		
Renda familiar	Até 4 salários mínimos*	13	86,7%	15	93,8%	1,592	0,451
	4 à 10 salários mínimos	2	13,3%	1	6,2%		
Ocupação	Ativo	9	60,0%	7	43,8%	0,819	0,366
	Afastado/Aposentado	6	40,0%	9	56,2%		

*Salários mínimos em reais R\$ 880,00.

Em relação ao gênero, verificou-se que 100% das participantes eram mulheres. Já no que se refere à escolaridade, observou-se que mais da metade apresentavam ensino fundamental e que não houve diferenças entre os grupos ($\chi^2 = 4,573$; $p = 0,102$) para essa variável (Tabela 1).

A predominância do câncer de mama em pessoas do gênero feminino encontrada neste estudo corrobora com o apresentado por Primo e colaboradores (2012), os quais ressaltam que esta neoplasia é a mais comum entre as mulheres e que, a cada ano cerca de 22% de casos novos de câncer em mulheres são de mama.

Com relação aos dados de escolaridade a literatura apresenta estudos em que mais da metade das participantes também apresentaram nível de escolaridade fundamental (HÖFELMANN; ANJOS, 2012; OLIVA et al., 2013). Um destes estudos,

desenvolvido por Höfelmann e Anjos (2012), avaliou a frequência de autoavaliação de saúde negativa e fatores associados em mulheres com câncer de mama atendidas por um serviço de referência no Sul do Brasil e encontrou que 62,14% das participantes referiram ter até oito anos de escolaridade (ensino fundamental). E, o de Oliva e colaboradores (2013), que avaliou os danos psicossociais em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico e os impactos causados observou que 52,3% da amostra haviam cursado até o ensino fundamental.

No que se concerne à forma como as participantes residiam, houve predominância das que afirmaram que era junto da família, sendo que no GC representou 93,3% das pessoas e no GI 87,5%; essa variável não apresentou diferença entre os grupos ($\chi^2 = 0,301$; $p = 0,583$). A vivência junto de familiares é uma característica também presente na maioria das participantes com câncer de mama (88,2%) no estudo de Mansano-Schlosser e Ceolim (2017).

É importante ressaltar que estar junto da família, por ocasião de uma doença como o câncer, que traz consigo fortes estigmas, incertezas e instabilidades na sua vida diária, pode ser um fator facilitador para um bom enfrentamento da situação vivenciada. Isto é possível por meio de uma estrutura familiar que tenha conhecimento acerca da doença e de seus sintomas, além de que participe de forma ativa nas diversas fases da doença e do tratamento e disponha de apoio formal e informal (MELO et al., 2012).

Quanto ao lazer/recreação, nota-se que em ambos os grupos mais da metade das participantes não o faziam, sendo 66,7% no GC e 68,8% no GI. Entre os grupos não foi houve diferença ($\chi^2 = 0,015$; $p = 0,901$).

A não aderência das participantes em atividades de lazer/recreação pode ser em decorrência do fato de não se sentirem a vontade de estar junto da sociedade diante do momento em que se encontram. De acordo com Monsanto e colaboradores (2013), o isolamento social da pessoa acometida por um enfermidade pode se mostrar presente após diagnóstico ou tratamentos associados à doença.

Relativamente à renda familiar, 86,7% das participantes do G.C relataram ser de até quatro salários mínimos e 13,3% de quatro a 10 salários. No G.I a maioria (93,8%) referiram até quatro salários mínimos e 6,2 % de quatro a 10. Não foi observada diferença entre os grupos ($\chi^2 = 1,592$; $p = 0,451$). Tais achados corroboram com os estudos de Mansano-Schlosser e Ceolim (2017) em que a renda

de até cinco salários mínimos mostrou-se presente em 91,2% das pacientes que apresentavam o mesmo diagnóstico das do presente estudo.

No que se refere à ocupação, no G.C, 60,0% das participantes estavam em situação ativa exercendo suas atividades de trabalho e no GI, observou-se o inverso, visto que 56,2% no momento estavam afastadas ou aposentadas; entre os grupos não foi verificada diferença ($\chi^2 = 0,819$; $p = 0,366$). No estudo de Mansano-Schlosser e Ceolim (2017) somente 22,6% das participantes estavam em atividade trabalhista. É importante destacar que embora as mulheres, neste momento, possam não estar exercendo sua atividade de trabalho remunerada, provavelmente elas não deixam de desempenhar suas atividades de prestar cuidado no domicílio. A literatura destaca que, independente da natureza do trabalho que essa paciente realiza, é importante que se sintam valorizadas como colaboradora nas atividades, seja diante da família ou no trabalho fora de casa (MAIESKI; SARQUIS, 2007). A manutenção das atividades contribui para que se sentissem importantes, úteis e capazes de seguir a sua rotina, dentro de suas limitações.

Tabela 2 – Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes para as variáveis clínicas. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variáveis Clínicas	Respostas	Grupo Controle (n=15)		Grupo Intervenção (n=16)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Diagnóstico	Sabe	15	100%	16	100%		
	Não sabe	0	0,0%	0	0,0%	-----	-----
Tratamento	Sim	15	100%	16	100%		
	Não	0	0,0 %	0	0,0%	-----	-----
Procedimento Cirúrgico	Sim	14	93,3%	16	100%		
	Não	1	6,7%	0	0,0%	1,102	0,294

Continua

Tabela 2 – Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes para as variáveis clínicas. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variáveis Clínicas	Respostas	Grupo Controle (n=15)		Grupo Intervenção (n=16)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Conhecimento dos efeitos do tratamento	Sim	12	80,0%	11	68,8%	0,512	0,474
	Não	3	20,0%	5	31,2%		
Grupo de apoio	Sim	2	13,3%	0	0,0%	2,280	0,131
	Não	13	86,7%	16	100%		
Suporte emocional	Sim	15	100%	15	93,8%	0,969	0,325
	Não	0	0,0%	1	6,2%		
Uso de medicamentos	Sim	12	80,0%	13	81,2%	0,008	0,930
	Não	3	20,0%	3	18,8%		

Verificou-se que 100% das participantes, em ambos os grupos, sabiam que apresentavam diagnóstico de câncer de mama e recebiam informações médicas sobre seu tratamento (Tabela 2).

No que se concerne à realização de procedimento cirúrgico em decorrência do câncer, 93,3% das participantes do G.C e 100% das do G.I referiram que o haviam realizado, não sendo encontrada diferença entre os grupos ($\chi^2 = 1,102$; $p = 0,294$) (Tabela 2). Dentre os tipos de cirurgia, segundo relato das pacientes e confirmação no prontuário, encontravam-se a mastectomia, linfadenectomia, tumorectomia com exereses de linfonodo sentinela e conservadora. A realização do procedimento cirúrgico é um fato também presente na maioria das pacientes com câncer de mama (99,9%) investigadas no estudo de Mansano-Schlosser e Ceolim (2017), as quais eram atendidas em um Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher com grande abrangência no estado de São Paulo.

Dentre as modalidades cirúrgicas indicadas nos casos de câncer de mama, têm-se a mastectomia que surgiu no final do século XIX e as cirurgias

conservadoras que são consideradas um avanço no tratamento (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012). Entretanto, ainda são muitas as questões em torno do tipo de cirurgia mais adequado para cada caso clínico, além de que, há vários fatores que influenciam na tomada de decisão, tais como localização e tamanho do tumor, análise da mamografia, disponibilidade dos serviços de saúde e modo como a paciente lida com a mama afetada (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012). Contudo, independente da escolha do método terapêutico a ser adotado, este certamente trará alguma repercussão na vida da mulher, visto que a mama é a característica sexual mais evidente na mulher, e também um órgão que remete ao prazer e à sedução e que exerce a função de mediador na relação mãe-bebê (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012).

Quanto ao conhecimento sobre efeitos do tratamento por radioterapia, 80,0% das pacientes do GC e 68,8% das do GI afirmaram de forma positiva, isto é, que sabiam sobre os mesmos e citaram que poderiam apresentar “cansaço; falta de ar; lesão, irritação, queimadura ou vermelhidão na pele”. Não foi observada diferenças entre os grupos ($\chi^2 = 0,512$; $p = 0,474$). Por meio deste achado, observa-se que, embora as participantes tenham expressado de forma mais simples as informações sobre o que poderia surgir em decorrência do tratamento radioterápico, em algum momento foram expostas a esse contexto. A literatura destaca sobre a importância de informar às participantes que fadiga, referida por elas como cansaço, pode comprometer a execução das atividades de vida diária, o contato social e familiar, além de proporcionar prejuízos laborais (SANTOS et al., 2013).

Com relação à participação em um grupo de apoio as pessoas com diagnóstico de câncer, houve predominância das pacientes que não o faziam, sendo 86,7% no GC e 100% no GI; não foram identificadas diferenças entre os grupos ($\chi^2 = 2,2,80$; $p = 0,131$). Diante deste achado, é possível considerar que a não aderência das participantes em grupos de apoio pode ser em decorrência da falta de interesse destas em participar ou por ausência de articulação deste recurso com os serviços de saúde e, ainda, limitação em conseguir contemplar as mulheres que necessitam deste recurso (ALMEIDA; GONÇALVES, 2015).

De alguma forma, a vivência dessas mulheres nos grupos de apoio poderia contribuir para a troca de experiências e o enfrentamento individual e coletivo, uma vez que há vontade de expressarem aspectos relacionados a sua vivência com o

câncer de mama debatendo sobre seus sentimentos. Assim, estas se reconheceriam mais fortes para enfrentar a enfermidade e até mesmo modificar atitudes e formas de pensar sobre o câncer, suas relações e a respeito de si mesmas (ALMEIDA; GONÇALVES, 2015).

Quanto ao suporte emocional, que corresponde à presença de alguém significativo que acompanhava as participantes no decorrer do tratamento e com a qual fosse possível partilhar suas preocupações, verificou-se tal presença em 100% das participantes do G.C e em 93,8% das do G.I, não apresentando diferença entre os grupos ($\chi^2 = 0,969$; $p = 0,325$). Ressalta-se que a presença e o apoio de alguém significativo, sejam este cônjuge, demais familiares, amigos ou pessoas religiosas, representa para a paciente com diagnóstico de câncer uma rede social de apoio (MIRANDA et al., 2015). Desta forma, a paciente irá sentir-se segura em ter a presença de alguém de sua confiança ao seu lado e com a qual poderá expor seus sentimentos.

No que se refere a fazer uso de medicamentos, a maioria das participantes, 80,0% no G.C e 81,2% no G.I relatou que os utilizavam, evidenciando que entre os grupos não havia diferenças ($\chi^2 = 0,008$; $p = 0,930$) (Tabela 2).

Com relação à identificação de religiosidade/espiritualidade, primeiramente, buscou-se avaliar por meio de instrumentos, a presença do diagnóstico de sofrimento espiritual nas participantes do estudo.

A dimensão espiritual, aspecto fundamental do ser humano, apresenta relações com o transcendente, a religiosidade, ao processo existencial e ao significado atribuído pelos indivíduos em diferentes experiências e situações vivenciadas (SOLER et al., 2012). Deste modo, a necessidade espiritual da paciente pode se mostrar fragilizada quando esta enfrenta a situação de um evento inesperado como no diagnóstico de câncer, além da vasta experiência vivenciada no decorrer da doença em busca da cura.

Um fenômeno atrelado à espiritualidade que pode se mostrar presente é o de angústia espiritual. O reconhecimento deste pode requerer habilidades que englobam aspectos direcionados à comunicação verbal e não verbal.

No presente estudo optou-se por utilizar, além da Escala de Angústia Espiritual, outros instrumentos que possibilitassem obter parâmetros para se caracterizar este fenômeno (TABELA 3).

Tabela 3 – Identificação do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual por diferentes métodos. Ribeirão Preto 2015/2016.

Grupos	Opinião da Paciente		Identificação pela Pesquisadora		Escore da Escala de angústia espiritual		
	Sim	Não	Sim	Não	Baixa	Média	Alta
Controle	6,6%	93,4%	33,3%	66,7%	53,3%	46,7%	--
Intervenção	12,5%	87,5%	37,5%	62,5%	43,7%	56,3%	--

No que se refere a apresentar o diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual, identificado pelo instrumento de auto reconhecimento da paciente, os dados apontam que 93,3% das participantes do G.C e 87,5% do G.I referiram ausência do mesmo.

Em relação à avaliação feita pela pesquisadora a partir da identificação das características definidoras presentes no diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual, mais da metade das participantes do G.C (66,7%) e do G.I (62,5%) não referiu nenhuma das características investigadas neste estudo. As demais participantes referiram ao menos uma das características definidoras investigadas. A característica “expressa sofrimento” se mostrou presente em três participantes (20%) do Grupo Controle enquanto que no Grupo intervenção quatro pessoas (25%) evidenciaram a característica “sente-se abandonado” (FIGURA 6).

Figura 6 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual apresentadas pelas participantes.

Ressalva-se que houve algumas participantes, em ambos os grupos, que apresentaram mais de uma característica definidora concomitantemente.

A presença das características definidoras: “expressa sofrimento”, “expressa falta de significado na vida” e “alienação” encontradas neste estudo, também se mostraram presente em uma pesquisa que investigou a prevalência e as principais características definidoras do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual em mulheres com câncer de mama, sendo estas características apresentadas tanto por mulheres que afirmaram ter o diagnóstico ao serem questionadas, quanto por aquelas que negaram a presença deste (CALDEIRA et al., 2016).

Em relação à distribuição dos escores obtidos pela escala de Angústia espiritual, nota-se que o G.C apresentou 53,3% classificadas como baixa angústia e 46,7% em media angústia espiritual; já o G.I apresentou 43,7% classificadas como baixa angústia e 56,3% media angústia espiritual. Nenhum paciente apresentou escore compatível com alta angústia espiritual.

Nota-se que os pacientes que referiram o diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual apresentaram níveis médios na escala de angústia espiritual e foram diagnosticados como tendo esse fenômeno pela pesquisadora. Contudo a concordância entre a frequência da presença do fenômeno pelos três métodos foi considerada baixa; em ambos os grupos, a presença de alguns pacientes (4 no G.C e 3 no G.I) com escore médio pela escala não foram detectados nem por meio da autoavaliação e nem pela perita. Assim, foi possível observar a presença de pacientes que não se consideraram com o diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual, mas apresentaram escores na escala de angústia espiritual que representava a presença deste fenômeno. Este fato, pode ser em decorrência da peculiaridade do fenômeno e das participantes em expor, por algum motivo desconhecido, o sentimento da maneira como realmente estavam vivenciando e, assim, omitindo-o. Também tem que considerar a possibilidade de o rótulo (título) do diagnóstico significar um sentimento de caráter negativo e intenso (sofrimento e angustia). Por outro lado a literatura ainda aponta que pacientes utilizam a omissão de informações como meio de evitar constrangimento e sentimento de desconforto (STEWART, 2015).

Tem-se que considerar ainda que os dados divergem, quanto a concordância pelos diferentes métodos, dos achados de Chaves e colaboradores (2011), em que

obteve concordância entre a avaliação afirmativa da paciente em ter o diagnóstico, e a avaliação da enfermeira; contudo, os autores (CHAVES et al., 2011) utilizaram todas as características definidoras contidas na taxonomia da NANDA-I e no presente estudo empregamos apenas as características mais sensíveis, específicas e preditivas do diagnóstico.

De acordo com Caldeira e colaboradores (2016), o profissional de enfermagem ao reconhecer, avaliar e diagnosticar que o paciente apresenta sofrimento espiritual, visto que este esteja vivenciando um estado de sofrimento associado ao significado que este atribui a sua vida, é importante que inclua esta informação detalhada no seu registro, pois assim, será possível planejar e implementar intervenções espirituais individuais e adequadas.

O uso de estratégias para enfrentar a situação, alicerçado na espiritualidade ou religiosidade também pode ter fortalecido as pacientes para que as mesmas não se identificassem como em sofrimento espiritual. As variáveis que auxiliaram na identificação da religiosidade/espiritualidade são expostas na Tabela 4.

Tabela 4 – Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes para as variáveis de identificação da religiosidade/espiritualidade. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variáveis	Respostas	Grupo Controle (n=15)		Grupo Intervenção (n=16)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Há algo que lhe proporciona tranquilidade	Sim	15	100%	15	93,8%	0,969	0,325
	Não	0	0,0%	1	6,2%		
Crença sobre sentido na vida	Sim	15	100%	15	93,8%	0,969	0,325
	Não	0	0,0%	1	6,2%		
Crença sobre propósito na vida	Sim	14	93,3%	16	100%	1,102	0,294
	Não	1	6,7%	0	0,0%		
Atividades agradáveis	Sim	14	93,3%	13	87,1%	1,006	0,316
	Não	1	6,7%	3	18,8%		
Mudanças no interesse das atividades cotidianas	Sim	2	13,3%	2	12,5%	0,005	0,945
	Não	13	86,7%	14	87,5%		

Continua

Tabela 4 – Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes para as variáveis de identificação da religiosidade/espiritualidade. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Conclusão

Variáveis	Respostas	Grupo Controle (n=15)		Grupo Intervenção (n=16)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Relacionamento com pessoas significativas	Ótima/excelente	0	0,0%	0	0,0%	3,114	0,211
	Boa/normal	13	86,7%	15	93,8%		
	Regular	2	13,3%	0	0,0%		
	Ruim	0	0,0%	1	6,2		
Religião/doutrina/crença	Católica	10	66,7%	9	56,2%	4,025	0,403
	Evangélica	2	13,3%	6	37,5%		
	Protestante	0	0,0%	0	0,0%		
	Espírita	1	6,7%	1	6,2%		
	Ecumênica	1	6,7%	0	0,0%		
	Sem religião e espiritualizado	1	6,7%	0	0,0%		
Busca apoio em um ser superior	Sim	15	100%	16	100%	-----	-----
	Não	0	0,0%	0	0,0%		
Prática religiosa antes da doença	Sim	14	93,3%	14	87,5%	0,301	0,583
	Não	1	6,7%	2	12,5%		
Pratica religião	Diariamente	1	6,7%	0	0,0%	1,586	0,663
	1 mais vezes/semana	8	53,3%	11	68,8%		
	1 mais vezes/mês	4	26,7%	3	18,8%		
	Não	2	13,3%	2	12,4%		
Tipo de prática religiosa:							
Oração individual	Sim - diariamente	15	100%	16	100%	-----	-----
	Não	0	0,0%	0	0,0%		
Oração em grupo	Sim	5	33,3%	6	37,5%	0,059	0,809
	Não	10	66,7%	10	62,5%		
Recebe oração da família ou amigos	Sim	15	100%	16	100%	-----	-----
	Não	0	0,0%	0	0,0%		
Restrições decorrentes da doença na prática religiosa	Sim	2	13,3%	3	18,8%	0,168	0,682
	Não	13	86,7%	13	81,2%		
Avaliação da religiosidade/espiritualidade em seu momento de vida	Não é importante	0	0,0%	0	0,0%	-----	-----
	Pouco importante	0	0,0%	0	0,0%		
	Muito importante	15	100%	16	100%		

Nota-se que a maioria das participantes afirmou a existência de algo que lhes proporcionava tranquilidade (ler, rezar, etc.) quando se sentiam ansiosas e/ou

preocupada, bem como acreditavam que a sua vida/existência tem sentido. Ambas as variáveis não apresentaram diferenças entre os grupos ($\chi^2 = 0,969$; $p = 0,325$) (Tabela 4).

No que concerne a acreditar que a vida/existência tem algum propósito, houve predominância das participantes, em ambos os grupos, que relataram acreditar nessa questão, não se constatando diferença entre os grupos ($\chi^2 = 1,102$; $p = 0,294$).

O sentido e o propósito na vida apresentaram presença predominante nas participantes, em ambos os grupos. Estas questões envolvem valores particulares do ser humano e significações que provocam esperança para além do momento que estas vivenciam (SOLER et al. 2012). Ainda, referem-se positivamente com a dimensão espiritual das mesmas, relacionando-se de forma direta ao significado atribuído nas diferentes experiências e situações vivenciadas (SOLER et al. 2012).

Quanto a questão que indagava se as pacientes continuavam após o diagnóstico da doença a fazer atividades agradáveis, tanto no G.C quanto no G.I a maioria das participantes responderam afirmativamente (Tabela 3). Entre os grupos, não houve diferença ($\chi^2 = 1,006$; $p = 0,316$).

Com relação ao interesse das atividades cotidianas, como escutar música, leitura e cantar, 86,7% do G.C e 87,5% do G.I referiram a não ocorrência de mudanças destes comportamentos. Não foi observada diferença entre os grupos ($\chi^2 = 0,005$; $p = 0,945$).

Nota-se que para a maioria das participantes os aspectos relacionados com a parte intrínseca da sua vida não foram afetados diante da fase da doença que estavam vivenciando. Por isso, deram sequência a fazer atividades que lhe proporcionavam satisfação e não admitiram a ocorrência de mudanças no interesse pelas atividades cotidianas.

No que se refere ao relacionamento com as pessoas significativas (família ou amigos), houve predominância das participantes em ambos os grupos que a classificaram como boa ou normal, não sendo observada diferença entre os grupos ($\chi^2 = 3,114$; $p = 0,211$) (Tabela 3). O apoio da família e amigos a pessoa com câncer é indispensável e o fortalece diante dos desafios que o tratamento proporciona. Isto é possível, pois no decorrer do tratamento, a família tenta estimular o seu ente querido a encontrar forças para lutar contra a doença e contra o mal-estar provocado

pelo tratamento, fazendo com este transcenda essa derrota existencial, emergindo-se em direção à luta pela vida (SALCI; MARCON, 2011).

Relativamente a buscar apoio em um Ser Superior a resposta positiva foi unânime entre as participantes dos dois grupos. A busca pelo transcendente reafirma que as participantes estão experienciando a sua dimensão espiritual e direcionando as suas súplicas a um ser superior de sua devoção o que provavelmente possibilita sentir-se mais fortalecida. A literatura aponta que as questões espirituais podem apresentar um valor significativo ao paciente oncológico, possibilitando que este durante o tratamento tenha atitudes para enfrentar a doença (MIRANDA et al., 2015).

Já no que diz respeito à religião/doutrina/crença, mais da metade das participantes referiram professar a fé católica, em ambos os grupos; não se observou diferença ($\chi^2 = 4,025$; $p = 0,403$) entre eles. Antes de receberem o diagnóstico de câncer de mama, a maioria das participantes de ambos os grupos afirmaram que praticava sua religião; não houve diferença entre os grupos ($\chi^2 = 0,301$; $p = 0,583$) (Tabela 4).

Em relação às participantes exercerem sua fé religiosa após a descoberta da doença e durante o tratamento, a maioria (86,7% G.C e 87,6% G.I) referiu sua continuidade, sendo mais frequente a participação destas uma ou mais vezes na semana. Ainda, no que concerne às restrições decorrentes da doença na prática religiosa a maioria das participantes (86,7% G.C e 81,2% G.I) referiu que não as apresentava. Ambas as variáveis não apresentaram diferença entre os grupos ($\chi^2 = 1,586$; $p = 0,663$; $\chi^2 = 0,168$; $p = 0,682$, respectivamente).

Diante das questões sobre religião e prática religiosa, a literatura complementa que mesmo que a religiosidade já esteja presente no cotidiano dessas pessoas, o período da enfermidade contribui para que esta prática seja intensificada (FARINHAS et al., 2013; FERREIRA et al., 2010).

Quanto ao tipo de prática religiosa, as participantes apresentaram momentos de oração individual e em grupo. De forma unânime (100%) as pacientes de ambos os grupos afirmaram que diariamente possuem momentos de oração individual. Em relação a oração em grupo, mais da metade das participantes, em ambos os grupos (66,7% G.C e 62,5% G.I) relataram não participar. Entre os grupos não houve diferença ($\chi^2 = 0,059$; $p = 0,809$).

Por fim, com relação às participantes terem conhecimento se havia pessoas da família ou amigos que rezavam por elas, 100% das pacientes no G.C e no G.I estavam cientes que recebiam essas orações. E, ao serem questionadas como consideravam a religiosidade/espiritualidade no momento que estavam vivenciando, consideraram de forma unânime (100%) como muito importante.

A oração e as diferentes formas de praticá-las observadas neste estudo corroboram com os achados da literatura, em que a oração foi utilizada pela população adulta norte-americana, sendo que 43% oravam para a própria saúde, 24% recebiam oração de outros e 10% participavam de grupos de oração (BARNES et al., 2008; BLOOM; NAHIM, 2007). De acordo com Jors e colaboradores (2015), ao praticar a oração, os indivíduos não têm somente a intenção de cura, mas a utilizam como um recurso que permite transformar positivamente a experiência da sua doença.

6.2 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS

A consistência interna ou confiabilidade dos instrumentos (SDS; HADS e CRE-Breve) na fase inicial do estudo, foi realizada por meio da análise do *Alpha de Cronbach*, o qual compara cada questão da escala simultaneamente uma com a outra (TABELA 5).

Tabela 5 – Teste de Consistência Interna dos instrumentos por meio do *Alpha de Cronbach*. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Instrumentos	Total de Itens	<i>Alpha de Cronbach</i>
SDS*	30	0,895
HADS**	14	0,846
CRE-Breve***	49	0,666

* Escala de Angústia Espiritual; ** Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar; *** Escala de *Coping* Religioso/Espiritual - Abreviada

Todos os instrumentos apresentaram coeficiente *Alpha de Cronbach* maior do que 0,60. Sabe-se que o valor do *Alpha de Cronbach* possui uma variância de 0 a 1, em que quanto mais próximo de 1 for o valor de *alpha*, melhor será a consistência entre as questões (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Ainda, Hora et al. (2010), retratam que não há um valor mínimo definido para esse coeficiente ser aceito como bom. Contudo, neste estudo considerou-se os valores a partir de 0,60 como adequados de acordo com o proposto por HAIR e colaboradores (2005).

6.3 DESCRIÇÃO DAS MEDIDAS DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

Os resultados das medidas obtidas para as variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e *coping* religioso espiritual são detalhados a seguir.

6.3.1 Distribuição das participantes do grupo controle e do grupo intervenção com relação à variável angústia espiritual

Os dados relacionados às medidas da variável angústia espiritual por meio da pontuação na escala (score) que avaliava esse fenômeno, nas três fases do estudo, são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Medidas da variável angústia espiritual nos diferentes tempos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.

Medidas	Angústia espiritual					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
Nível Baixo	53,3%	66,6%	53,3%	43,7%	43,7%	93,7%
Nível Médio	46,7%	33,4%	46,7%	56,3%	56,3%	6,3%

Continua

Tabela 6 – Medidas da variável angústia espiritual nos diferentes tempos do estudo.
Ribeirão Preto, 2015/ 2016.

Conclusão

Medidas	Angústia espiritual					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
Nível Alto	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mediana	78,00	71,00	80,00	82,50	83,50	65,00
Média	78,47	72,53	76,60	77,06	73,50	61,75
Desvio Padrão	17,70	18,70	15,43	21,15	20,54	13,57

Com relação aos resultados apontados, observa-se que tanto o G.C quanto o G.I apresentaram médias entre 61,75 e 78,47 consideradas como baixa angústia espiritual (escore entre 30 e 80), em todos os tempos do estudo. Contudo, no GI em T₂ nota-se a maioria das participantes com nível baixo de angústia espiritual (93,7%).

6.3.2 Distribuição das participantes do grupo controle e do grupo intervenção com relação à variável ansiedade, depressão e morbidade psicológica

A presença da variável ansiedade e depressão foi analisada por meio da medida (escore maior ou igual a oito) das subescalas da HADS (Tabela 7) e (Tabela 8) e da morbidade psicológica (escore maior que 15) foi obtida da pontuação na escala como um todo (Tabela 9).

Tabela 7 – Medidas da variável ansiedade nos diferentes períodos do estudo.
Ribeirão Preto, 2015/2016.

Medidas	Ansiedade					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
* Presença	20,0%	6,6%	20,0%	12,5%	12,5%	6,2%
* Ausência	80,0%	93,4%	80,0%	87,5%	87,5%	93,8%
Mediana	3,00	4,00	3,00	3,50	2,50	3,50
Média	4,47	3,20	4,00	4,56	4,00	3,81
Desvio Padrão	3,31	2,67	3,87	4,13	4,09	2,73

* Caracteriza presença ou ausência de ansiedade.

Tabela 8 – Medidas da variável depressão nos diferentes períodos do estudo.
Ribeirão Preto, 2015/ 2016.

Medidas	Depressão					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
* Presença	20,0%	6,6%	20,0%	12,5%	18,7%	0,0%
* Ausência	80,0%	93,4%	80,0%	87,5%	81,3%	100,0%
Mediana	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00
Média	4,27	3,47	4,13	2,63	3,63	2,19
Desvio Padrão	3,61	4,13	4,88	3,55	3,57	3,27

* Caracteriza presença ou ausência de depressão

Tabela 9 – Medidas da variável morbidade psicológica nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.

Medidas	Morbidade Psicológica					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
* Presença	20,0%	6,6%	20,0%	18,7%	18,7%	6,2%
* Ausência	80,0%	93,4%	80,0%	81,3%	81,3%	93,8%
Mediana	7,00	5,00	5,00	4,50	3,50	5,50
Média	8,73	6,66	8,13	7,18	7,62	6,00
Desvio Padrão	6,65	6,38	8,26	7,15	7,06	4,36

* Caracteriza presença ou ausência de morbidade psicológica.

Por meio dos dados da média evidenciam-se, em ambas as tabelas, que tais medidas, em qualquer tempo do estudo, não retratam presença de ansiedade, de depressão e de morbidade psicológica. Contudo, as medidas de ansiedade, depressão e de morbidade psicológica nas participantes variou, sendo de até no máximo 20,0%, considerando os diferentes grupos e tempos do estudo. Dados da literatura apontam que, a depressão é recorrente nos pacientes com diagnóstico de câncer, entretanto, a identificação desta não é comum aos profissionais de saúde (REYES-GIBBY et al., 2012).

Sabe-se que no caso do câncer de mama, a depressão pode se mostrar presente durante e após o tratamento em decorrência da maneira como as pacientes lidam tanto com as mudanças no corpo ocasionadas pela cirurgia, quanto pelos resultados do tratamento quimioterápico e radioterápico que incluem dentre outros, distúrbio do sono e a dor causado pelo dano tecidual além do medo relacionado à recorrência da doença e da morte (TORRES et al., 2013).

No presente estudo a baixa prevalência nas medidas de ansiedade e de depressão observados, corroboram com os achados de Gaston-Johansson et al. (2013) e Oliva et al. (2013). O primeiro estudo tinha por objetivo investigar nas

mulheres afro-americanas com câncer de mama a capacidade de enfrentamento, o sofrimento psicológico, o bem-estar espiritual, o enfrentamento religioso positivo e negativo, assim como explorar as relações entre essas variáveis; os autores observaram que das 17 mulheres do estudo três apresentaram ansiedade e depressão. Já os autores do segundo estudo ao avaliarem os danos psicossociais e os impactos causados pelo diagnóstico em pacientes com câncer de mama, verificaram que a ansiedade estava presente em 21,3% das participantes, enquanto que a depressão em 12,3% delas. Ressalva-se que em ambas as investigações, as variáveis foram avaliadas por meio do mesmo instrumento do presente estudo (HADS).

A média de depressão observada neste estudo para o grupo controle nos tempos T_0 e T_1 , condiz com o da literatura que aponta que aproximadamente 22% das pacientes com câncer de mama podem vivenciar sintomas depressivos como e, alertam que a presença desses sintomas pode agravar para uma condição crônica, a qual limita as pessoas nas suas atividades de vida diária (ZAINAL et al., 2013). Além do mais, os sintomas depressivos nos pacientes com câncer podem contribuir para que o prognóstico não seja satisfatório, visto que estes tendem a apresentar redução na adesão ao tratamento (FANGER et al., 2010).

Ao se constatar a presença de depressão, é relevante considerar que as pessoas diagnosticadas necessitam do envolvimento da sua rede de apoio social como membros da família no processo de adaptação ao tratamento, assim como da ajuda de uma equipe multiprofissional qualificada (SOUZA et al., 2014). E, o enfermeiro como membro dessa equipe, desempenha um papel relevante ao implementar estratégias que otimizem o tratamento de sintomas depressivos (SOUZA et al., 2014).

6.3.3 Distribuição das participantes do grupo controle e do grupo intervenção com relação à variável amilase salivar

Com relação às medidas de amilase salivar os valores são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Medidas da variável amilase salivar nos diferentes períodos do estudo.
Ribeirão Preto, 2015/2016.

Medidas	Amilase salivar					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
Sem estresse	26,7%	13,3%	0,0%	56,3%	31,3%	25,0%
Baixo estresse	13,3%	6,7%	13,3%	6,2%	6,2%	25,0%
Estresse	0,0%	13,3%	0,0%	6,2%	6,2%	6,2%
Alto estresse	60,0	66,7%	86,7%	31,3%	56,3%	43,8%
Mediana	113,00	89,00	127,00	25,50	68,50	51,50
Média	115,20	138,40	152,60	63,56	74,94	89,88
Desvio Padrão	101,40	116,41	102,24	85,04	56,45	105,49

Os valores obtidos da amilase salivar foram em média maiores nas participantes do grupo controle quando comparados com as do grupo intervenção (Tabela 10). Estudo presente na literatura, também constatou valores elevados desta enzima em pacientes sobreviventes do câncer de mama ($631,54 \pm 66,94$) quando comparadas a mulheres saudáveis ($306,42 \pm 39,23$) utilizando Kits de ensaio da Salimetrics (WAN et al., 2016). Ainda, Iizuka et al. (2012), ao verificarem a atividade da amilase em pilotos que trabalham em um ambiente estressante, utilizando o mesmo método de análise da amilase do presente estudo, constataram que a média obtida para esta variável foi de 31,1 kU/L (dp=31,1) a 52,2 kU/L (dp=42,7); e, também, de 78,2 kU/L (dp=65,7) a 54,2 kU/L (dp=42,2) ao pesquisarem se vários parâmetros fisiológicos que refletem a atividade autonômica são afetados pela temperatura exterior, antes e depois de uma refeição em mulheres jovens saudáveis (OKADA; KAKEHASHI, 2014).

6.3.4 Distribuição das participantes do grupo controle e do grupo intervenção com relação à variável *coping* religioso/espiritual

Para avaliar o *coping* religioso/espiritual apresentado pelas participantes a escala CRE-Breve foi utilizada e por meios dos escores desta foi possível verificar as medidas do CREP (Tabela 11), CREN (Tabela 12) e CRE Total (Tabela 13).

Tabela 11 – Medidas da variável CREP nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Medidas	CREP					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
Nível Irrisório	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nível Baixo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nível Médio	66,7%	86,7%	93,4%	81,3%	81,3%	81,3%
Nível Alto	33,3%	13,3%	6,6%	18,7%	18,7%	18,7%
Nível Altíssimo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mediana	3,29	3,38	3,11	3,18	3,29	3,29
Média	3,27	3,23	3,14	3,28	3,30	3,31
Desvio Padrão	0,30	0,31	0,28	0,28	0,37	0,32

Perante os resultados obtidos, observa-se que a variável CREP tanto no G.C quanto no G.I, nos diferentes tempos do estudo, apresentou média entre 3,14 e 3,31; grande parte das participantes apresentaram CREP considerado nível médio, cujos valores variam de 2,51 a 3,30.

Tabela 12 – Medidas da variável CREN nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/ 2016.

Medidas	CREN					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
Nível Irrisório	86,7%	86,7%	100,0%	87,5%	87,5%	100,0%
Nível Baixo	13,3%	13,3%	0,0%	12,5%	12,5%	0,0%
Nível Médio	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nível Alto	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nível Altíssimo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mediana	1,13	1,06	1,06	1,20	1,06	1,09
Média	1,22	1,18	1,12	1,24	1,17	1,10
Desvio Padrão	0,36	0,27	0,14	0,26	0,24	0,10

Em relação a variável CREN, ao se observar as medidas expostas, nota-se que o G.I apresentou a maior média no T₀ (1,24) e menor no T₂ (1,10). Ainda, nota-se que o CREN classificado como nível irrisório (1,00 a 1,50) se mostrou presente na maioria das participantes em ambos os grupos.

Tabela 13 – Medidas da variável CRE Total nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Medidas	CRE Total					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
Nível Irrisório	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nível Baixo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nível Médio	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Continua

Tabela 13 – Medidas da variável CRE Total nos diferentes períodos do estudo.
Ribeirão Preto, 2015/2016.

Conclusão

Medidas	CRE Total					
	Grupo Controle			Grupo Intervenção		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀	T ₁	T ₂
Nível Alto	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Nível Altíssimo	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mediana	4,02	4,01	4,01	4,00	4,12	4,08
Média	4,01	4,01	4,00	4,02	4,06	4,08
Desvio Padrão	0,19	0,17	0,11	0,11	0,18	0,15

Com relação ao CRE Total, observa-se que todas as participantes, de ambos os grupos, apresentam CRE total considerado nível alto (3,51 a 4,50) com média que variou de 4,00 a 4,08.

Diante dos dados, observa-se que, os achados deste estudo referente à variável *coping* religioso/espiritual total corroboram com os do estudo de Veit e Castro (2013) que investigaram a presença desta variável em mulheres com câncer de mama vinculadas a duas instituições não governamentais localizadas numa cidade da região metropolitana de Porto Alegre. As autoras verificaram que a média do CRE total foi considerada alta (3,78; DP=0,42). Com relação ao CREP e CREN, o estudo de Veit e Castro (2013) constatou médias de 3,52 (DP=0,56) e 1,94 (DP=0,69) respectivamente, consideradas alta e baixa. Contudo, nota-se que, em ambos os estudos o uso do CREP pelas participantes prevalece ao do CREN.

6.4 TESTE DE NORMALIDADE DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

Antes de realizar os testes de hipóteses, buscou-se verificar nos dados obtidos a existência ou não dos pressupostos da estatística paramétrica por meio do teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. (Tabela 14).

Tabela 14 – Teste de Normalidade *Shapiro-Wilk* para as variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) do Grupo Controle (G.C) e do Grupo Intervenção (G.I) nos diferentes períodos do estudo. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variáveis	Grupo	Shapiro-Wilk					
		T ₀		T ₁		T ₂	
		Estatística	P	Estatística	P	Estatística	p
Angústia Espiritual	G.C	0,988	0,998	0,949	0,509	0,957	0,636
	G.I	0,931	0,250	0,460	0,000	0,907	0,106
Morbidade Psicológica	G.C	0,917	0,170	0,881	0,049	0,870	0,033
	G.I	0,842	0,010	0,860	0,019	0,939	0,340
Ansiedade	G.C	0,934	0,308	0,894	0,078	0,897	0,086
	G.I	0,863	0,022	0,817	0,005	0,954	0,548
Depressão	G.C	0,903	0,107	0,801	0,004	0,833	0,010
	G.I	0,714	0,000	0,860	0,019	0,836	0,009
Amilase salivar	G.C	0,882	0,051	0,845	0,015	0,882	0,050
	G.I	0,693	0,000	0,941	0,357	0,732	0,000
Coping Religioso/Espiritual Total	G.C	0,980	0,971	0,955	0,606	0,934	0,308
	G.I	0,924	0,193	0,918	0,156	0,973	0,878
Coping Religioso/Espiritual Positivo	G.C	0,938	0,362	0,947	0,476	0,923	0,214
	G.I	0,828	0,007	0,932	0,262	0,941	0,362
Coping Religioso/Espiritual Negativo	G.C	0,678	0,000	0,732	0,001	0,807	0,005
	G.I	0,833	0,008	0,685	0,000	0,860	0,019

Os resultados demonstraram que as variáveis: angústia espiritual, morbidade psicológica, ansiedade, depressão, amilase salivar, *coping* religioso/espiritual positivo, *coping* religioso/espiritual negativo tiveram distribuição não paramétrica em alguma(s) fase(s) do estudo ($p < 0,005$). Enquanto que, somente a variável de *coping* religioso/espiritual total apresentou distribuição paramétrica em ambos os grupos e em todos os tempos do estudo.

Com a finalidade de investigar a presença de equivalência das variáveis descritas, assim como do efeito da intervenção (prece de intercessão) por meio dos testes de hipóteses apresentados a seguir, independente da fase do estudo, optou-se por utilizar os testes não paramétricos de *Mann-Whitney* e de *Wilcoxon*, uma vez que a maioria das variáveis exploradas não apresentaram distribuição normal e a amostra pode ser considerada de pequeno número.

6.5 EQUIVALÊNCIA DAS VARIÁVEIS NO PRÉ-TESTE (T₀)

Buscou-se verificar, entre os grupos controle e intervenção, no início do estudo, a equivalência das variáveis: angústia espiritual, morbidade psicológica, ansiedade, depressão, amilase salivar, *coping* religioso/espiritual positivo, *coping* religioso/espiritual negativo e *coping* religioso/espiritual total, por meio do teste de *Mann-Whitney*, com a finalidade de avaliar o efeito da intervenção (Tabela 15).

Tabela 15 – Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) do Grupo Controle (G.C) e do Grupo Intervenção (G.I) no pré-teste (T₀) pelo teste *Mann-Whitney*. Ribeirão Preto 2015/2016.

Variável	G.C (n=15)	G.I (n=16)	U	p
	Postos de Média ou Rank Médio			
Angústia Espiritual	15,80	16,19	117,000	0,922
Morbidade Psicológica	17,20	14,88	102,000	0,495
Ansiedade	16,27	15,75	116,000	0,892
Depressão	18,10	14,03	88,500	0,216
Amilase salivar	19,47	12,75	68,000	0,041
CREP	16,03	15,97	119,500	0,984
CREN	14,37	17,53	95,500	0,338
CRE Total	15,53	16,44	113,000	0,800

No que concerne aos dados expostos na Tabela 15, nota-se que tais variáveis não apresentaram diferenças entre o G.C e o G.I na fase do pré-teste (T₀), ou seja,

houve equivalência das mesmas, exceto para a variável amilase salivar que obteve $p \leq 0,05$. Deste modo, as diferenças observadas no pós-teste (T₁) e pós-teste (T₂) podem estar relacionadas ao efeito da intervenção e não em diferença prévia entre os grupos, fato que não será considerado para a variável amilase salivar, dado que já apresentou diferença entre os grupos na fase do pré-teste (T₀).

6.6 TESTES DE HIPÓTESES

A seguir são expostos os resultados dos testes das hipóteses do presente estudo.

6.6.1 Análise do efeito da prece intercessória nas medidas das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica e *coping* religioso/espiritual entre o Grupo Controle e o Grupo Intervenção na fase do pós-teste (T₁)

A primeira hipótese visava encontrar diferença das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre o GC e o GI, por meio do teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, em decorrência dos ganhos obtidos na fase pós-teste (T₁) (Tabela 16).

Tabela 16 – Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre o Grupo Controle (G.C) e o Grupo Intervenção (G.I) no pós-teste (T₁) pelo teste de *Mann-Whitney*. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variáveis	G.C (n=15)	G.I (n=16)		
			Postos de Média	<i>U</i> <i>p</i>
Angústia Espiritual	13,17	18,66	77,500	0,093
Morbidade Psicológica	15,40	16,56	111,000	0,740
Ansiedade	15,33	16,63	110,000	0,711

Continua

Tabela 16 – Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre o Grupo Controle (G.C) e o Grupo Intervenção (G.I) no pós-teste (T₁) pelo teste de *Mann-Whitney*. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variáveis	G.C (n=15)	G.I (n=16)	Conclusão	
			<i>U</i>	<i>p</i>
Depressão	15,37	16,59	110,500	0,711
Amilase salivar	18,40	13,75	84,000	0,163
CREP	15,83	16,16	117,500	0,922
CREN	15,23	16,72	108,500	0,654
CRE Total	14,93	17,00	104,000	0,545

Por meio dos resultados apresentados na Tabela 16, é possível concluir que por meio do teste estatístico utilizado ainda não foi possível observar diferença estatística no pós-teste (T₁) para as variáveis estudadas ($p > 0,05$). Deste modo, não foi possível verificar a presença do efeito da prece intercessória nas medidas de nenhuma das variáveis investigadas entre o G.C e o G.I no período transcorrido entre o início e a metade do ciclo de sessões de radioterapia de cada paciente.

No que se refere ao fato de a prece de intercessão não apresentar efeito com significância estatística no tempo decorrido da fase pós-teste (T₁), a literatura aponta que em uma pesquisa realizada por meio de ensaio clínico randomizado que investigou o efeito da prece intercessória em 564 gestantes atendidas em um serviço público de saúde pré-natal, os autores também não observaram no período de nove dias consecutivos diferença significativa entre os desfechos adversos na gestação entre os grupos que receberam oração intercessória e no grupo controle, visto que as mulheres de ambos os grupos exibiram um número similar de eventos adversos (ROSA et al., 2013).

Salienta-se que, como a intervenção adotada no presente estudo era complementar ao tratamento realizado pelas participantes, o fato de não se observar efeito da mesma nesta fase de pós-teste (T₁) não comprometeu a terapêutica que as participantes estavam sendo submetidas. Outra questão relevante, é compreender que embora o teste estatístico não tenha sido capaz de detectar efeito da prece de

intercessão nesta fase do estudo, isso não implica se esta pode ou não ter manifestado benefícios às participantes.

6.6.2 Análise do efeito da prece intercessória nas medidas das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica e *coping* religioso/espiritual entre o Grupo Controle e o Grupo Intervenção na fase do pós-teste (T₂)

A finalidade da segunda hipótese era avaliar uma possível diferença das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre o G.C e o G.I por meio do teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, em decorrência dos ganhos obtidos na fase pós-teste (T₂) (Tabela 17).

Tabela 17 – Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre o Grupo Controle (G.C) e o Grupo Intervenção (G.I) no pós-teste (T₂) pelo teste de *Mann-Whitney*. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variáveis	G.C (n=15)	G.I (n=16)		
			Postos de Média	<i>U</i> <i>p</i>
Angústia Espiritual	19,83	12,41	62,500	0,021
Morbidade Psicológica	16,30	15,72	115,500	0,861
Ansiedade	15,70	16,28	115,500	0,861
Depressão	17,37	14,72	99,500	0,423
Amilase salivar	19,93	12,31	61,000	0,019
CREP	13,43	18,41	81,500	0,129
CREN	16,37	15,66	114,500	0,830
CRE Total	13,17	18,66	77,500	0,093

De acordo com os resultados (Tabela 17), observa-se presença de diferença no pós-teste (T₂) para as variáveis angústia espiritual ($p = 0,021$) e amilase salivar ($p = 0,019$). Entretanto, como na fase do pré- teste a variável amilase já apresentava

$p \leq 0,05$ somente foi considerado significativo a diferença existente na variável angústia espiritual.

Perante o resultado significativo para a variável de angústia espiritual, a magnitude do efeito da intervenção referente a essa variável foi obtido por meio dos escores de média e desvio padrão no pós-teste (T_2) expostos na Tabela 18.

Tabela 18 – Escore da variável angústia espiritual para as participantes do Grupo Controle (G.C) e o Grupo Intervenção (G.I) no pós-teste (T_2).
Ribeirão Preto, 2015/ 2016.

Variável	Escore		p
	G.C (n=15) Média (DP)	G.I (n=16) Média (DP)	
Angústia espiritual	76,60 (15,43)	61,75 (13,57)	0,021*

Teste de Mann-Whitney; DP: Desvio Padrão; * $p < 0,05$.

O cálculo do Δ de Glass no pós-teste (T_2) resultou no ES = 0,962 (Tabela 18), o qual indica que o tamanho do efeito da intervenção foi considerado de grande magnitude no que se refere a variável angústia espiritual (COHEN, 1994).

A oração intercessória, uma intervenção caracterizada como alternativa uma vez que sua aplicação foi concomitante com a medicina convencional (AMARAL et al., 2014); neste estudo, tal intervenção mostrou ser um fator que contribuiu positivamente para a redução dos escores de angústia espiritual apresentado pelas pacientes no período do pós-teste (T_2), o qual transcorreu da metade até o término do ciclo das sessões de radioterapia.

O efeito benéfico desta intervenção também foi alcançado no estudo de Riveros (2012) em que este, ao avaliar o efeito da prece intercessória sobre a evolução clínica e mortalidade de pacientes criticamente enfermos, constatou que o grupo intervenção apresentou menores taxas de mortalidade e menores índices na disfunção de múltiplos órgãos. Nota-se que, independente da amostra e da situação vivenciada nos estudos, a prece intercessória proporcionou contribuições positivas.

6.6.3 Análise do efeito da prece intercessória nas medidas das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica e *coping* religioso/espiritual do Grupo Controle nas fases do pré-teste (T₀) e do pós-teste (T₁ e T₂)

Na terceira hipótese, esperava-se que as participantes do grupo controle apresentassem medidas maiores de angústia espiritual, de morbidade psicológica, de ansiedade, de depressão, de amilase salivar, de *Coping* Religioso/Espiritual Negativo (CREN) e medidas menores de *Coping* Religioso/Espiritual Positivo (CREP) e de *Coping* Religioso/Espiritual Total (CRE Total) nas fases do pós-teste (T₁ e T₂) quando comparada com a fase do pré-teste (T₀). Para tanto, realizou-se o teste de *Wilcoxon* (Tabela 19).

Tabela 19 – Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre as fases do estudo no Grupo Controle pelo teste de *Wilcoxon*.
Ribeirão Preto, 2015/2016.

Grupos	Variáveis	Períodos	-	+	=	Ordem média		Z	p
						Ordem negativa	Ordem positiva		
Controle	Angústia espiritual	Pré-teste (T ₁)	9	6	0	9,56	5,67	-1,479	0,139
		X							
Controle	Angústia espiritual	Pós-teste (T ₀)							
		Pré-teste (T ₂)	8	7	0	8,38	7,57	-0,398	0,691
Controle	Morbidade psicológica	X							
		Pós-teste (T ₀)							
Controle	Morbidade psicológica	Pré-teste (T ₁)	11	3	1	7,36	8,00	-1,799	0,072
		X							
Controle	Morbidade psicológica	Pós-teste (T ₀)							
		Pré-teste (T ₂)	9	4	2	6,56	8,00	-0,947	0,344
Controle	Ansiedade	X							
		Pós-teste (T ₀)							
Controle	Ansiedade	Pré-teste (T ₁)	9	3	3	6,56	6,33	-1,576	0,115
		X							
Controle	Ansiedade	Pós-teste (T ₀)							
		Pré-teste (T ₂)							
Controle	Ansiedade	X	9	4	2	6,33	8,50	-0,808	0,419
		Pós-teste (T ₀)							

Continua

Tabela 19 – Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre os períodos do estudo no Grupo Controle pelo teste de *Wilcoxon*. Ribeirão Preto, 2015/2016.

								Conclusão	
Grupos	Variáveis	Períodos	-	+	=	Ordem média		Z	P
						Ordem negativa	Ordem positiva		
Controle	Depressão	Pré-teste (T ₁)	8	2	5	5,44	5,75	-1,643	0,100
		X							
		Pós-teste (T ₀)							
		Pré-teste (T ₂)	9	3	3	5,78	8,67	-1,029	0,303
		X							
		Pós-teste (T ₀)							
Controle	Amilase salivar	Pré-teste (T ₁)	7	8	0	7,14	8,75	-0,568	0,570
		X							
		Pós-teste (T ₀)							
		Pré-teste (T ₂)	4	11	0	7,50	8,18	-1,704	0,088
		X							
		Pós-teste (T ₀)							
Controle	CREP	Pré-teste (T ₁)	9	6	0	7,72	8,42	-0,540	0,589
		X							
		Pós-teste (T ₀)							
		Pré-teste (T ₂)	10	4	1	8,15	5,88	-1,822	0,068
		X							
		Pós-teste (T ₀)							
Controle	CREN	Pré-teste (T ₁)	6	1	8	3,67	6,00	-1,362	0,173
		X							
		Pós-teste (T ₀)							
		Pré-teste (T ₂)	4	2	9	4,00	2,50	-1,160	0,246
		X							
		Pós-teste (T ₀)							
Controle	CRE Total	Pré-teste (T ₁)	8	7	0	6,75	9,43	-0,341	0,733
		X							
		Pós-teste (T ₀)							
		Pré-teste (T ₂)	9	4	2	6,11	9,00	-0,665	0,506
		X							
		Pós-teste (T ₀)							

Com relação aos dados obtidos por meio do teste de *Wilcoxon* (Tabela 19), nota-se que as participantes do grupo controle não apresentaram diferença em nenhuma das variáveis investigadas quando comparadas as fases do pré-teste (T₀) com a do pós-teste (T₁) e a do pré-teste (T₀) com a do pós-teste (T₂) ($p < 0,005$).

Deste modo, frente aos achados, constatou-se que nenhuma das variáveis exploradas apresentou mudanças significativas; tal achado era esperado para esse grupo na etapa investigada.

6.6.4 Análise do efeito da prece intercessória nas medidas das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica e *coping* religioso/espiritual do Grupo Intervenção nas fases do pré-teste (T₀) e dos pós-teste (T₁ e T₂)

Na quarta hipótese, esperava-se que as participantes do grupo intervenção (que receberam prece de intercessão) apresentassem diferenças nas medidas com redução de angústia espiritual, de morbidade psicológica, de ansiedade, de depressão, de amilase salivar, de *Coping* Religioso/Espiritual Negativo (CREN) e maiores medidas de *Coping* Religioso/Espiritual Positivo (CREP) e de *Coping* Religioso/Espiritual Total (CRE Total) nas fases do pós-teste (T₁ e T₂) quando comparada com a fase do pré-teste (T₀). Assim, utilizou-se o teste de *Wilcoxon* (Tabela 20).

Tabela 20 - Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre as fases do estudo no Grupo Intervenção pelo teste de *Wilcoxon*. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Grupos	Variáveis	Períodos	-	+	=	Ordem média		Z	p
						Ordem negativa	Ordem positiva		
Intervenção	Angústia espiritual	Pré-teste (T ₁)	8	8	0	5,75	11,25	-1,139	0,255
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	Angústia espiritual	Pré-teste (T ₂)	12	3	1	9,17	3,33	-2,842	0,004
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	Morbidade psicológica	Pré-teste (T ₁)	8	6	2	6,75	8,50	-0,095	0,924
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	Morbidade psicológica	Pré-teste (T ₂)	8	4	4	6,56	6,38	-1,064	0,287
		X Pós-teste (T ₀)							

Continua

Tabela 20 - Comparação das variáveis angústia espiritual, morbidade psicológica, amilase salivar e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total) entre os períodos do estudo no Grupo Intervenção pelo teste de Wilcoxon. Ribeirão Preto, 2015/2016.

									Conclusão
Grupos	Variáveis	Períodos	-	+	=	Ordem média		Z	p
						Ordem negativa	Ordem positiva		
Intervenção	Ansiedade	Pré-teste (T ₁)	9	5	2	7,83	6,90	-1,149	0,251
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	Ansiedade	Pré-teste (T ₂)	7	6	3	8,64	5,08	-1,057	0,291
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	Depressão	Pré-teste (T ₁)	4	8	4	4,75	7,38	-1,597	0,110
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	Depressão	Pré-teste (T ₂)	7	6	3	7,86	6,00	-0,690	0,490
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	Amilase salivar	Pré-teste (T ₁)	6	10	0	6,83	9,50	-1,397	0,163
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	Amilase salivar	Pré-teste (T ₂)	6	10	0	6,08	9,95	-1,629	0,103
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	CREP	Pré-teste (T ₁)	6	10	0	9,25	8,05	-0,647	0,518
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	CREP	Pré-teste (T ₂)	6	9	1	7,17	8,56	-0,970	0,332
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	CREN	Pré-teste (T ₁)	6	2	8	5,33	2,00	-1,970	0,049
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	CREN	Pré-teste (T ₂)	9	1	6	5,44	6,00	-2,193	0,028
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	CRE Total	Pré-teste (T ₁)	5	11	0	8,80	8,36	-1,242	0,214
		X Pós-teste (T ₀)							
Intervenção	CRE Total	Pré-teste (T ₂)	3	12	1	5,67	8,58	-2,446	0,014
		X Pós-teste (T ₀)							

Por meio dos resultados dos testes de *Wilcoxon* presentes na Tabela 20, é possível verificar que o grupo intervenção demonstrou mudanças nas fases entre o pré-teste (T_0) com a do pós-teste (T_2) no que se refere a variável angústia espiritual ($p= 0,004$) e de CRE Total ($p = 0,014$). Ao mesmo tempo, permitiu verificar que a variável CREN também apresentou diferença significativa ao se comparar os dois momentos do estudo, pré-teste (T_0) com o pós-teste (T_1) ($p=0,049$) e, do pré-teste (T_0) com o do pós-teste (T_2) ($p= 0,028$).

Os dados apresentados corroboram com a proposta apontada nesta hipótese ao evidenciar as mudanças ocorridas nas variáveis de angústia espiritual, de *coping* religioso/espiritual negativo e total nas diferentes fases do estudo. E, ainda o efeito positivo da intervenção implementada nas variáveis expostas acima, pode ter possibilitado as participantes do G.I vivenciarem o período do tratamento de forma menos lancinante, pois sabe-se que o CRE apresenta associação com qualidade de vida (PANZINI; BANDEIRA, 2005b) e essa de acordo com Fryback e Reinert (1999) está relacionada a encontrar um significado para a doença o que não acontece quando a pessoa vivencia o fenômeno de angústia espiritual, em decorrência dos sentimentos de vazio e de desespero presente no indivíduo que sofre (ROSS, 1995). Ainda, Panzini (2004, 2005b) ressalta que melhores resultados de saúde e de qualidade de vida apresentam associação com o CRE total e o CRE positivo enquanto que o contrário, ou seja, piores resultados destes advêm do CRE negativo indicando desta forma, a viabilidade de possível efetividade de intervenções que possibilitem incrementar o uso qualitativo do CRE praticado pelo paciente.

Como forma de analisar cada achado significativo obtido nas variáveis de angústia espiritual, CREN e CRE total, buscou-se verificar a média e o desvio padrão da diferença existente entre o escore negativo e positivo, iniciando-se pela escala de angústia espiritual nas fases do pós-teste (T_2) com o do pré-teste (T_0) (Tabela 21).

Tabela 21- Escore da variável angústia espiritual entre os períodos do pós-teste (T_2) e do pré-teste (T_0) Grupo Intervenção. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variável	Tempo	Escore		p
		Negativo (12) Média (DP)	Positivo (3) Média (DP)	
Angústia espiritual	($T_2 - T_0$)	23,08 (9,90)	10,66 (4,04)	0,004

Conforme demonstrado (Tabela 21), observa-se que a resposta da maioria das participantes do grupo intervenção apresentou uma redução de em média 23 pontos no escore da escala de angústia espiritual quando comparado o pós-teste (T_2) com o pré-teste (T_0).

No que se refere a variável *Coping* Religioso/Espiritual total (CRE Total) a mudança significativa obtida entre as fases do pós-teste (T_2) com o do pré-teste (T_0) é apresentada na Tabela 22.

Tabela 22- Escore da variável CRE Total entre os períodos do pós-teste (T_2) e do pré-teste (T_0) grupo intervenção. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variável	Tempo	Escore		p
		Negativo (3) Média (DP)	Positivo (12) Média (DP)	
CRE Total	($T_2 - T_0$)	0,05 (0,03)	0,09 (0,07)	0,014

De acordo o dado exposto na tabela 22, nota-se que o escore da escala de *coping* religioso/espiritual total teve um aumento significativo em média de 0,05 pontos entre as fases do pré-teste (T_0) para a de pós-teste (T_2). Este fato demonstra que a intervenção proposta no presente estudo é capaz de contribuir com o modo que as pessoas com câncer em tratamento de radioterapia enfrentam ou lidam com a situação vivenciada, utilizando de forma favorável os recursos religiosos e espirituais.

Com relação a última variável que apresentou diferença significativa *Coping* Religioso/Espiritual Negativo (CREN), os dados referentes a média obtida na sua escore entre as fases do pré-teste (T_0) e do pós-teste (T_2) é exposta na Tabela 23.

Tabela 23- Escore da variável *Coping* Religioso/Espiritual Negativo (CREN) entre os períodos do pós-teste (T_1 e T_2) e do pré-teste (T_0) Grupo Intervenção. Ribeirão Preto, 2015/2016.

Variável	Tempo	Escore		p
		Negativo (6; 9) Média (DP)	Positivo (2; 1) Média (DP)	
CREN	($T_1 - T_0$)	0,21 (0,13)	0,07 (0,01)	0,049
CREN	($T_2 - T_0$)	0,29 (0,26)	-----	0,028

Perante os dados apresentados (Tabela 23) é possível observar que desde a fase do pós-teste (T_1) com relação a do pré-teste (T_0), a intervenção (prece de intercessão) proporcionou efeito positivo nas participantes do grupo intervenção ocasionando redução de em média 0,21 pontos no nível da escala *coping* religioso/espiritual negativo. Destaca-se que essa redução foi um pouco mais acentuada na fase do pós-teste (T_2) ao se comparar com a do pré-teste (T_0), em que a média de pontos na medida da escala de *coping* religioso/espiritual negativo foi de 0,29.

Almeida e Gonçalves (2015), em seu estudo de análise de conteúdo com 35 mulheres que participavam de um grupo Grupo de Apoio Oncológico, abordaram sobre a experiência destas de vivenciarem o câncer de mama. Estes autores constataram que para as participantes do estudo, o tratamento de radioterapia parecia não ter as preocupações que a terapêutica da quimioterapia. Além disso, atribuíram esta questão ao fato de que, normalmente, o tratamento radioterápico representa o momento final do processo, bem como de superação de etapas difíceis, como a cirurgia e a quimioterapia, e assim, preparavam-se para o período de alta médica. Sendo, assim, concluíram que o momento de radioterapia até certo ponto seria desejado, pois significava ter sobrevivido e vencido as fases anteriores.

Ao se concluir os testes de hipóteses, foi possível observar no decorrer do tratamento de radioterapia que as participantes de ambos os grupos vivenciaram momentos de angústia espiritual seja considerado baixo ou médio nos diferentes tempos do estudo (G.C baixa angústia $T_0 = 53,3\%$, $T_1 = 66,6\%$ e $T_2 = 53,3\%$; G.I média angústia $T_0 = 56,3\%$, $T_1 = 56,3\%$ e T_2 baixa angústia = 93,7% - Tabela 5), bem como formas diferentes de enfrentar o início e o decorrer da terapêutica que

estavam sendo submetidas. Achados estes, que corroboram com o estudo de Fonseca e colaboradores (2017), os quais realizaram uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório com 15 mulheres diagnosticadas com câncer de mama participantes de um projeto, com o objetivo de analisarem as percepções e enfrentamentos destas mulheres no período transcorrido entre o diagnóstico até o tratamento da doença. Assim, observaram presença dos sentimentos de angústia, insegurança constantes, vergonha e perda da autoestima nas participantes, fato decorrente da forma como estas enfrentavam as consequências causadas pela doença e pelo tratamento. Além disso, mostrava-se presente o sofrimento originado pelas tradições, em que as participantes mostravam-se preocupadas com o modo que as pessoas pensavam a respeito delas com o surgimento do câncer de mama, visto que é uma doença associada sempre à morte e considerada como uma maldição, um castigo, uma vergonha ou até como uma doença contagiosa.

Destarte, observou-se que a intervenção (prece de intercessão) proposta neste estudo possibilitou mudanças positivas na variável de angústia espiritual, uma vez que as participantes do grupo intervenção apresentaram redução nos escores de medida da escala tanto quando comparados com as medidas do grupo controle ($p = 0,021$), quanto entre as fases do pré-teste (T_0) e do pós-teste (T_2) na análise intra grupo ($p = 0,004$). Além disso, proporcionou que as participantes enfrentassem a doença e o tratamento radioterápico de forma menos negativa comprovado por meio da análise intra grupo da variável CREN do pré-teste (T_0) com o do pós-teste (T_1) ($p = 0,049$) acentuando-se entre as fases do pré-teste (T_0) com o do pós-teste (T_2) ($p = 0,028$).

Em relação às estratégias de enfrentamento, Gaston-Johansson e colaboradores (2013) ressaltam sobre a necessidade de ensinar as pacientes a reconhecerem e evitarem estratégias de enfrentamento religioso negativas e reforçar as estratégias de enfrentamento religioso positivas, uma vez que esta pode auxiliar na diminuição do sofrimento psicológico e aumento do bem-estar espiritual. Para tanto, os autores sugerem intervenções que favoreça as estratégias positivas e propiciem redução das estratégias negativas e conforme os resultados obtidos no presente estudo, a oração pode ser uma potencial intervenção que contribui para minimizar com as estratégias negativas. Ainda, como meio de enfrentar essa nova fase de vida, os recursos religiosos, como a oração podem se mostrar presentes

conforme é apontado nos estudos de VandeCreek; Rogers; Lester (1999) em que 76% das mulheres com câncer de mama a utilizavam, seguido de 60% no de Bennett; Lengacher (1999) e de 49% no de Lengacher et al. (2002).

De acordo com os benefícios oriundos da oração destacados acima e com base no estudo de Meraviglia (2006), o uso deste recurso diante um momento crítico da vida como no diagnóstico de câncer, dentre eles o de mama, contribui para que as mulheres enfrentem melhor esta fase. Sendo assim, Meraviglia (2006), ressalta a contribuição do profissional de enfermagem em especial os de oncologia, em proporcionar cuidado holístico aos pacientes, auxiliando-os a além do uso da oração, buscarem apoio nos aspectos espirituais que são importantes para eles, auxiliando-os a encontrarem significado na vida. Além disso, Morgan, Gaston-Johansson, Vock (2006) complementam sobre a oferta de apoio espiritual e religioso durante a fase do tratamento do câncer. Ainda, Silva e Santos (2010) em seu estudo apresenta um olhar diferenciando e pouco explorado em investigações, que consiste na assistência aos pacientes com câncer no período pós-tratamento, uma vez que observaram a existência de estressores nessa fase e assim, ressaltam a importância dos serviços de reabilitação psicossocial proporcionarem apoio que se fizerem necessário.

7 Conclusões

O presente estudo buscou investigar o efeito da “prece de intercessão”, como uma intervenção complementar ao tratamento radioterápico nas medidas de angústia espiritual, de morbidade psicológica (ansiedade e depressão), de *coping* religioso/espiritual e de amilase salivar nas pacientes que apresentavam diagnóstico de câncer de mama.

Para tanto, os dados foram coletados por meio de instrumentos e do marcador biológico amilase salivar. A amostra foi composta de 31 mulheres, 15 alocadas no Grupo Controle e 16 no Grupo Intervenção por meio do processo de aleatorização. Todas as participantes receberam o cuidado usual pela equipe do Ambulatório de Radioterapia (mesmo de tipo de tratamento e cuidados dispensados), sendo que as participantes do Grupo Intervenção além do cuidado usual também receberam a prece de intercessão, diariamente, de um grupo de seis pessoas cristãs.

Primeiramente, identificou-se em ambos os grupos, nos diferentes períodos do estudo, participantes que embora apresentassem escores compatíveis com nível baixo ou médio de angústia espiritual, bem como com ausência ou presença de ansiedade, depressão e morbidade psicológica, prevaleceram os participantes que apresentaram escores que indicaram ausência das últimas três variáveis; ao contrário, foi constatado para a variável amilase salivar que no grupo controle, em todos os tempos do estudo, mais da metade das pacientes apresentaram resultados que caracterizam alto estresse, fato que no grupo intervenção esteve presente somente no pós-teste T₁. Com relação a variável CRE-Breve, que investigou os diferentes *coping* utilizados pelas participantes, obteve-se que a maioria delas fez uso do CREP classificado como nível médio, nível irrisório do CREN e nível alto do CRE Total.

Ambos os grupos apresentaram equivalência na maioria das variáveis investigadas na fase do pré-teste (T₀), fato que não aconteceu somente com a de amilase salivar. Portanto, para esta variável, os efeitos apresentados nas fases do pós-teste (T₁ e T₂) não podem ser considerados decorrente da intervenção implementada.

Em relação à análise realizada entre os grupos controle e intervenção nas fases do pós-teste (T₁ e T₂) e considerando a equivalência obtida na fase do pré-

teste (T_0) observou-se que somente a variável angústia espiritual no grupo intervenção apresentou mudanças significativas ($p = 0,021$) na última fase do estudo (pós-teste T_2) a qual foi considerada de grande magnitude por meio do cálculo do Δ de Glass ($ES=0,962$). O que evidencia que a prece de intercessão proporcionou efeito positivo no sentimento de angústia espiritual presente nas participantes, reduzindo-o, e que a manifestação deste efeito presenciado neste estudo ocorreu no período transcorrido entre a metade e o término do tratamento radioterápico.

Já para as demais variáveis investigadas, morbidade psicológica (ansiedade e depressão) e *coping* religioso/espiritual (positivo, negativo e total), que apresentaram equivalência na fase do pré-teste (T_0), a prece de intercessão não foi capaz de manifestar mudanças significativas tanto na fase do pós-teste (T_1) quanto na do pós-teste (T_2) ($p \geq 0,05$).

No que se refere à análise intragrupo do grupo controle, em que se realizou comparação do pós-teste (T_1) com o pré-teste (T_0) e do pós-teste (T_2) com o pré-teste, constatou-se que nenhuma das variáveis (angústia espiritual, morbidade psicológica e *coping* religioso/espiritual) apresentou diferença significativa nos tempos avaliados ($p \geq 0,05$).

Na análise intragrupo do grupo intervenção, ao se comparar as fases do pós-teste (T_1) com a do pré-teste (T_0) observou-se que a variável *coping* religioso/espiritual negativo foi a única que apresentou diferença significativa ($p = 0,049$) decorrente do efeito da intervenção.

Ainda, investigou-se o comportamento das variáveis, entre as participantes do grupo intervenção, comparando-se as fases do pós-teste (T_2) com a do pré-teste (T_0). Notou-se que, além da variável *coping* religioso/espiritual negativo que já havia apresentado diferença significativa entre o pós-teste (T_1) e o pré-teste (T_0) e que manteve nessa nova fase analisada e mostrando melhora ($p = 0,028$), as variáveis angústia espiritual e *coping* religioso/espiritual total também apresentaram mudanças significativas (respectivamente $p = 0,004$ e $p = 0,014$). Nesta fase somente não foi possível observar diferenças significativas para as variáveis morbidade psicológica e *coping* religioso/espiritual positivo ($p \geq 0,05$).

Destaca-se que a intervenção implementada no presente estudo, prece de intercessão, foi capaz de demonstrar mudanças nas variáveis angústia espiritual, *coping* religioso/espiritual negativo e *coping* religioso/espiritual total ressaltando o

seu efeito positivo sobre a saúde. Sendo assim, foi constada redução no decorrer do tempo do estudo ($T_2 - T_0$) nos escores das variáveis angústia espiritual (média de 23,08; $p=0,004$) e *coping* religioso/espiritual negativo nos tempos $T_1 - T_0$ (média de 0,21; $p=0,049$) e T_2-T_0 (média de 0,29; $p=0,028$). E, no sentido oposto, a variável *coping* religioso/espiritual total apresentou aumento na sua medida nos tempos $T_2 - T_0$ (média de 0,09; $p=0,014$).

8 Limitação do Estudo

Uma possível limitação é o fato de ter sido realizado o estudo em uma instituição, o que pode, em tese, limitar a generalização dos dados obtidos, visto que fatores como cultura e crença, por exemplo, que diferem entre as regiões do país, além da subjetividade das variáveis explanadas, podem ocasionar divergências com os achados apresentados.

Assim, é importante que a prece de intercessão seja implementada como uma intervenção em outras pesquisas em diferentes populações como em pacientes com câncer que estejam vivenciando outras fases da doença, pacientes que realizam hemodiálise dentre outros e, que seu efeito seja analisado em outras variáveis clínicas subjetivas (como por exemplo, qualidade de vida).

Ainda, a constatação de não normalidade da variável amilase salivar pode ter comprometido possíveis informações que poderiam trazer contribuições ao estudo. E, o fato do cálculo amostral ter sido realizado com base na escala de angústia espiritual permite generalização dos achados apenas para essa variável, além de impactar no tamanho da amostra.

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA **DE ENFERMAGEM**

Sabe-se que a enfermagem, por ser a profissão que tem contato mais próximo com o paciente, necessita estabelecer vínculo com o paciente e apresentar uma maior atenção em identificar a demanda relacionada à dimensão espiritual e religiosa que o paciente venha precisar e estar apto a ofertar essa assistência.

Frente as evidências demonstradas neste estudo a respeito das contribuições proporcionadas na utilização da prece de intercessão como intervenção complementar ao tratamento terapêutico, considera-se importante que à equipe de enfermagem promova meios de implementar esta atividade, presente na NIC no cuidado ao paciente.

Ressalva-se que o profissional de enfermagem tanto pode prover meios para que a prece seja realizada em um ambiente sem a presença física do paciente, como a prece empregada neste estudo, quanto pode favorecer recursos para que seja realizada junto ao paciente, como a prece de petição.

Cabe ao profissional ter segurança e domínio para lidar com essa questão, visto que, suplicar a um Ser superior pelo restabelecimento da saúde do outro se mostra uma prática comum entre as pessoas, independente da sua espiritualidade e de sua religião.

Além disso, a enfermagem pode se beneficiar da utilização na prática de instrumentos que contribuam na identificação de alterações referentes as variáveis investigadas no presente estudo (angústia espiritual, ansiedade, depressão, morbidade psicologia e de *coping* religioso/espiritual).

Referências

- ALMEIDA, D. R.; GONÇALVES, T. R. "Mãos dadas": experiência da doença em um grupo de apoio ao câncer de mama. **Revista Práxis**, a. 12, v. 2, p. 133-145, 2015.
- ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Breast cancer repercussion in female body image: a systematic review. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 1003-1029, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>.
- ANDERSON, J. M.; ANDERSON, L. J.; FELSENTAL, G. Pastoral needs for support within an inpatient rehabilitation unit. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 74, p. 574-578, 1993.
- 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.
- AMARAL, L. M. et al. Use of complementary and alternative medicine (CAM) in patients with breast cancer. **Caderno de Naturologia e Terapias Complementares**, v. 3, n. 4, p. 65-73, 2014.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n.2, p. 43-54, 2006.
- ARAI, Y. C. et al. The effect of the kampo medicine yokukansan on preoperative anxiety and sedation levels. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, p. 1-4, 2014. ID 965045, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/965045>
- 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.
- ASTROW, A. B. et al. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? **Journal of Clinical Oncology**, v. 25, p. 5753-5757, 2007.
- 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.
- AZARI, N. P. et al. Neurocorrelates of religious experience. **European Journal of Neuroscience**, v. 13, n. 8, p. 1649-52, 2001.
- AYRES, A. et al. Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 38, n.5, p. 393-402, 1994.

BALBONI, T. et al. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. **Cancer**, v. 117, n. 23, p. 5383-5391, 2011.

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

BARNES, P. M.; BLOOM, B.; NAHIN, R. L. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. **National Health Statistics Reports**, n. 12, p. 1-23, 2008.

BASH, A. Spirituality: the emperor's new clothes? **Journal of Clinical Nursing**, v. 13, n. 1, p. 11-6, 2004.

BELLANI, W. A. G. O. **Níveis de ansiedade, depressão, velocidade do fluxo e amilase salivar de dependentes químicos em tratamento para desintoxicação**. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Setor Ciência da Saúde da Universidade Federal do Paraná, 2013.

BENNETT, J. A. Mediator and moderator variables in nursing research: conceptual and statistical differences. **Research in Nursing & Health**, v. 23, p. 415-420, 2000.

BENNETT, M.; LENGACHER, C. Use of complementary therapies in a rural cancer population. **Oncology Nursing Forum**, v. 26, p. 1287– 94, 1999.

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

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

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. **Revista Saúde Pública**, v. 29, p. 355-363, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>. Acesso em: 10 de jun. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2012. Disponível em: <[http:// www1.inca.org.br/cancer](http://www1.inca.org.br/cancer)> Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012 - Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: <<http://>

www1.inca.gov.br/estimativa/2012/tabelaestados.asp?UF=BR>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014 - Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016 - Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Rio de Janeiro; 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 10 de jun. 2016.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v. 9, n. 90, p. 1-16, 2011.

BULECHEK, G. M.; DOCHTERMAN, J. Mc.; BUTCHER, H. K. **Nursing Interventions Classification**. Tradução Jacqueline Cesar Thompson et al. 5º ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2016. 901 p.

BURKHART, L.; SOLARI-TWADELL, A. Spirituality and religiousness: differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. **Internacional Journal of Nursing Knowledge**. v. 12, n. 2, p. 45-54, 2001.

BYRD, R. C. Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a Coronary Care Unit Population. **Southern Medical Journal**, v. 81, n. 7, p. 826-29, 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. **CuidArteEnfermagem**, v. 3, n. 2, p. 157-164, jul./dez., 2009.

CALDEIRA, S. M. A. **A espiritualidade no cuidar: um imperativo ético**. 2008. Dissertação (Mestrado em Bioética). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008.

CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 28-34, 2014.

CALDEIRA, S.; TIMMINS, F. Implementing spiritual care interventions. **Nursing Standard**, v. 31, n. 4, p. 54-60, 2017. doi: 10.7748/ns.2017.e10313

CALDEIRA, S. et al. Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 28, n. 1, p. 44-52, 2017.

CALDEIRA, S. et al. Nursing diagnosis of spiritual distress in women with breast cancer. **Cancer Nursing**, v. 39, n. 4. p. 321-7, 2016.

CAMPBELL, M. I. **Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2011, 296 p.

CASTILLO, A. R. et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 20-23, 2000.

CASTILHO, M. C. M. et al. Relationship between perceived stress and salivary parameters in women under regular stress conditions. **Arquivos em Odontologia**, v. 47, n. 1, p. 25-30, jan/mar 2011.

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.

CHAVES, E. C. L. et al. Clinical validation of impaired spirituality in patients with chronic renal disease. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n.3, p. 309-316, 2010.

CHAVES, E. C. L. et al. Efficacy of different instruments for the identification of the nursing diagnosis spiritual distress. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 902-10, 2011.

CLARK, R. M. et al. Randomized clinical trial of breast irradiation following lumpectomy and axillary dissection for node-negative breast cancer: an update. Ontario Clinical Oncology Group. **Journal of National Cancer Institute**, v. 88, n. 22, p. 1659-64, 1996.

COHEN, J. The Earth is round ($p < .05$). **The American Psychologist**, v. 49, n. 12, p. 997-1003, 1994.

COLLINS, W. L.; ANTLE, B. F. African American women living beyond breast cancer in a Kentucky support group. **Social Work and Christianity**, v. 37, p. 65-77, 2010.

COMPAS, B. Psychobiological processes of stress and coping: Implications for resilience in children and adolescents. **Annals of the New York Academy of Sciences**, p. 226-234, 2006.

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

DAVIS, M. C. The rehabilitation nurse's role in spiritual care. **Rehabilitation Nursing**, v. 19, n. 5, p. 298-301, 1994.

DE SOUZA, F. B. et al. Prevalence of young patients with diagnosis of breast cancer and treatment in uberaba city. **Jornal de Ciências Biomédicas & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 28-32, 2015

DIAS, M. V. et al. O grau de interferência dos sintomas gastrintestinais no estado nutricional do paciente com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista brasileira de nutrição clínica**, v.21, n. 3, p. 211-8, 2006.

DUNST, C. J.; HAMBY, D. W.; TRIVETTE, C. M. Guidelines for calculating effect sizes for practice-based research syntheses. **Centerscope**, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2004.

DUTRA, H. S.; REIS, V. N. Experimental and quasi-experimental study designs: definitions and challenges in nursing research. **Revista Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 6, p. 2230-41, jun., 2016.

ESPERANDIO, M. R. G.; LADD, K. L. "I Heard the Voice. I Felt the Presence": Prayer, Health and Implications for Clinical Practice. **Religions**, v. 6, p. 670–685, 2015.

ESPÍRITO-SANTO, H.; DANIEL, F. Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos: as limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 1, n. 1, p. 3-16, 2015.

FANGER, P. C. et al. Depression and suicidal behavior of cancer inpatients: prevalence and associated factors. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 173-8, 2010.

FANN, J. R. et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. **General Hospital Psychiatry**, v.30, p. 112-26, 2008.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Psychological impact of a cancer diagnosis on the family: a case study on the perception of the caregiver. **Pensando famílias**, v. 17, n.2, p. 111-129, 2013.

FEHER, S.; MALY, R. C. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. **Psycho-Oncology**, v. 8, p. 408-416, 1999.

FERREIRA, A. S. et al. Câncer de mama: estimativa da prevalência de ansiedade e depressão em pacientes em tratamento ambulatorial. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 3, p. 185-189, set/ dez. 2015.

FERREIRA, N. M. L. et al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 269-277, 2010.

FOLKMAN, S. et al. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, n. 3, p. 571-579, 1986.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-98, 1975.

FONSECA, A. A. et al. Perceptions and confrontations of women with breast cancer: from diagnosis to treatment. **Electronic Journal Collection Health**, supl. 5, p. 222-229, 2017. ISSN 2178-2091.

FORTUNATO, L. A. et al. Pacientes portadoras de câncer de mama, submetidas à radioterapia com acelerador linear e qualidade de vida. **Revista Científica Perspectivas Online: biológicas & saúde**, Campos dos Goytacazes, v. 19, n. 5, p. 53-62, 2015.

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

FRIGO, L. F.; ZAMBARDA, S. O. Cervical cancer: effects of treatment. **Cinergis**, v. 16, n. 3, p. 164-168, 2015.

FRYBACK, P. B.; REINERT, B. Spirituality and people with potentially fatal diagnoses. **Nursing Forum**, v. 34, p.13-22, 1999.

FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n.1, p. 8-19, 2006.

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

GAMEIRO, N. C. et al. Necessidades psicoespirituais alteradas em portadores de hipertensão arterial cadastrados em um centro de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 34, n. 1, p. 47-51, jan.-jun., 2012.

GARCIA, I.; KOSMINSKY, F. C. Aspectos Psicossociais do Paciente em Radioterapia. In: J.V. Salvajoli, L. Souhami, S.L. Faria (Edts.), **Radioterapia em Oncologia**. Rio de Janeiro: Medsi, p. 267-273, 1999.

GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: aplicação à realidade brasileira**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GASTON-JOHANSSON, F. et al. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in african american women with breast cancer receiving chemotherapy. **Oncology Nursing Forum**, v. 40, n. 2, p. 120-131, 2013.

GODINHO E.; KOCH H. A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia - uma contribuição à "Bases para detecção precoce do câncer de mama". **Radiologia Brasileira**, v. 35, p. 139-45, 2002.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 509-516, abr-jun. 2013.

GONÇALVES, M.; GIGLIO, J. S.; FERRAZ, M. P. T. Estudos dos mecanismos de defesa do ego em pacientes mastectomizados após diagnóstico de neoplasia mamária. **Biociência**, v. 5, n. 1, p. 29-34, 1999.

GRANT, E. et al. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. **Pall. Suport Care**, v. 2, n. 4, p. 371-378, 2004.

GREENHALGH T. **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências**. 4ed ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

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

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 1, p. 88-94, 2007.

HADDAD, N. C.; CARVALHO, A. C. A.; NOVAES, C. O. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. **Revista Hospital Universitário HUPE Pedro Ernesto**, v. 14, supl. 1, p. 28-35, 2015.

HAIR, J. E. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman; 2005.

HARRIS, W. S. et al. A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to The Coronary Care Unit. **Archives of Internal Medicine**, v. 159, n. 25, p. 2273-78, 1999.

HELIKER, D. Reevaluation of a Nursing Diagnosis: Spiritual Distress. **Nursing Forum**, v. 27, n. 4, p. 15-20, 1992.

HERDMAN, T. H, KAMITSURU, S. (eds.). **NANDA Internacional Inc. diagnósticos de enfermagem: definições e classificações**, 2015-2017. 10ª edição: Artmed; 2015.

HÖFELMANN, D. A.; ANJOS, J. C. Self-Exam of Health and Breast Cancer in Women from a City in Southern Brazil Autoevaluación de la Salud y el Cáncer de Mama en Mujeres de una Ciudad del Sur de Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. 209-222, 2012.

- HOFFMANN, F. S; MÜLLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: Apoio social e espiritualidade. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 143-150, 2006.
- HOLT, C. L, et al. Role of religion in cancer coping among African Americans: a qualitative examination. **Journal of Psychosocial Oncology**, v. 27, p. 248-273, 2009.
- HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85 -103, jun. 2010.
- HORTA, W.A. O processo de enfermagem. São Paulo: **EPU**, 1979.
- HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- IIZUKA, N.; AWANO, S.; ANSAI, T. Salivary alpha-amylase activity and stress in japan air self-defense force cargo pilots involved in iraq reconstruction. **American Journal of Human Biology**, v. 24, n. 4, p. 468–472, 2012.
- JAFARI, N. et al. Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. **Support Care Cancer**, v, 21, p. 1219–1225, 2013.
- JEMAL, A, et al. Cancer statistics. **Cancer Journal Clinical**, v. 60, n. 5 p. 277-300, 2010.
- JORS, K. et al. Personal Prayer in Patients Dealing with Chronic Illness: A Review of the Research Literature. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2015, p. 1-12, 2015. Article ID 927973; <http://dx.doi.org/10.1155/2015/927973>).
- JÚNIOR, W. P.; ZANINI, D. S. Patients in radiotherapy: a study of coping. **Psicologia Saúde & Doenças**, v. 13 n. 2, p. 480-493, 2012.
- KIRIYAMA, S. et al. Evaluation of abdominal circumference and salivary amylase activities after unsedated colonoscopy using carbon dioxide and air insufflations. **Journal of Digestive Diseases**, v. 16, n. 12, p. 747-751, 2015.
- KOENIG, H. G. Religion and medicine III: developing a theoretical model. **The International Journal of Psychiatry Medicine**, v. 31, n. 2, p. 199-216, 2001.
- KOENIG, H. G; KING D. E.; CARSON V. B. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University Press, 2012.

KOH, D. S.; KOH, G. C. H. The use of salivary biomarkers in occupational and environmental medicine. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 64, n. 3, p. 202-10, mar. 2007.

KOHLER, N. et al. Psychological distress and adjustment to disease in patients before and after radical prostatectomy. Results of a prospective multi-centre study. **European Journal of Cancer Care**, v. 23, p. 795–802, 2014.

KRISTELLER, J.L. et al. Understanding religious and spiritual influences on adjustment to cancer: individual patterns and differences. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 34, n. 6, p. 550-61, 2011. Doi: 10.1007/s10865-011-9335-7.

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.

KU, Y. L.; KUO, S. M.; YAO, C. Y. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 16, n. 3, p. 134-138, 2010.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1998.

LADD, K. L.; SPILKA, B. "Prayer: A Review of the empirical literature." In APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality. **Washington: American Psychological Association**, v.1, p. 293-307, 2013.

LAGO, E. A. et al. Feelings experienced by women against breast cancer. **Revista Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3325-30, 2014.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. New York: **Springer Publishing Company**, 1984.

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

LEÓN-PIZARRO, C. et al. A randomized trial of effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality of life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. **Psycho-Oncology**, v. 16, n. 11, p. 971-979, 2007.

LILJEGREN, G. et al. Sector resection with or without postoperative radiotherapy for stage I breast cancer: five-year results of a randomized trial. Uppsala-Orebro Breast Cancer Study Group. **Journal National Cancer Institute**, v. 86, n. 9, p. 717-22, 1994.

LIN MF, HSIEH YJ, HSU YY, FETZER S, HSU MC. A randomized controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety. **Journal Clinical Nursing**, v. 20, n. 7-8, p. 988-99, 2011.

LOBIONDO-WOOD G, HABER J. **Nursing Research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 7rd ed. United States of America: Mosby Elsevier; 2010.

LOPES, J.; LIRA, M. R.; ABDALA, G. A.; OLIVEIRA, A. M. S. O impacto da reabilitação aquática associada à oração no desempenho funcional de pacientes pós-acidente vascular encefálico. **Saúde Coletiva**, v. 37, n. 7, p. 9-14, 2010.

LOVESTONE, S.; FAHY, T. Psychological factors in breast cancer. **BMJ**, v. 302, n. 6787, p.1219-20, 1991.

LUUTONEN, S. et al. Breast cancer patients receiving postoperative radiotherapy: distress, depressive symptoms and unmet needs of psychosocial support. **Radiotherapy Oncology**, v.100, n.2, p. 299-303, 2011.

MAIESKI, V. M.; SARQUIS, L. M. M. Women suffering from breast cancer under chemotherapy and its influence on work performance. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 346-352, 2007.

MAJEWSKI, J. M. et al. Quality of life of women recovering from breast cancer after being subjected to mastectomies compared with those who had conservative surgery: a review of the literature. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012

MALZYNER, A.; CAPONERO, R.; DONATO, E. M. O. D. **A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer da mama de Halsted ao BRCA-1**. Em M. G. G. Gimenes, M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp. 71-107). Campinas: Livro Pleno, 2000.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Factors associated with poor sleep quality in women with cancer. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 2, n. 25:e2858, p. 1-8, 2017.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1478.2858>.

MARTA, G. N. et al. Câncer de mama estágio inicial e radioterapia: atualização. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 4, p. 468-474, 2011.

- MARUCCI, F. A. F. **Coping religioso-espiritual e suporte social em pacientes com câncer de mama e ginecológico**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, 151 p, 2012.
- 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.
- MELO, M. C. B. et al. Family functioning of patients with câncer. **Psicologia em Revista**, v. 18, n.1, p. 73-89, 2012. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p73>)
- MENEZES, N. N. T.; SCHULZ, V. L.; PERES, R. S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: Um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estudos de Psicoogia**, v. 17, n. 2, p. 233-40, 2012.
- MERAVIGLIA, M. Effects of Spirituality in Breast Cancer Survivors. **Oncology Nursing Forum**, v. 33, n. 1, p. 1-7, 2006.
- MERAVIGLIA, M, G. Prayer in people with cancer. *Cancer Nursing*. **Philadelphia**, v. 25, n. 4, p. 326-331. 2002.
- MERTZ, B. G. et al. Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 16, n. 4, p. 439-43, 2012. doi:10.1016/j.ejon.2011.10.001.
- MEYEROWITZ, B. E. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. **Psychological Bulletin**, v. 87, p. 108-131, 1980.
- McSHERRY, W.; DRAPER, P.; KENDRICK, D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. **International Journal of Nursing Studies**, v. 39, p. 723-734, 2002.
- MINER-WILLIAMS, D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, n. 7, p. 811-821, 2006.
- MIRANDA, S. L.; LANA, M. A. L.; FELIPPE, W. C. Spirituality, Depression, and Quality of Life in the Fight of Cancer: an Exploratory Study. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 3, p. 870-885, 2015.
- MONSANTO, F. et al. Influência do tratamento de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro de mama. **Saúde e Tecnologia**, v. 9, p. 40-44, 2013.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO F. L.; KOENING, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.

MORGAN, P. D.; GASTON-JOHANSSON, F.; VICTORIA MOCK, V. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of african american breast cancer treatment: a pilot study. **Journal of the Association of Black Nursing Faculty**, v. 17, n. 2. p. 73-77, 2006.

MULRINE, B. L. et al. Measuring Stress and Ability to Recover from Stress with Salivary α -Amylase Levels. **West Point Resilience Project (WPRP)**. Research Report PL488E11. p. 23, 2011.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n. 2, p. 255-61, 2005.

NATER, U. M., et al. Determinants of the diurnal course of salivary alpha-amylase. **Psychoneuroendocrinology**, v. 32, n. 4, p. 392–401, 2007.

NATER, U. M.; ROHLEDER, N. Salivary alpha-amylase as a non-invasive biomarker for the sympathetic nervous system: current state of research. **Psychoneuroendocrinology**, v. 34, n. 4, p. 486-96, mai. 2009.

NIPRO COCORO METER. **Manual de instruções para uso**. Disponível em: <http://www.nipro.co.jp>

NOWAC, C. et al. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale for Identifying Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. **Pulmonary Medicine**. v. 2014, p. 1-7, 2014. ID 973858. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/973858>.

OHL, I. C. B. et al. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 746-55, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>

OKADA, M.; KAKEHASHI, M. Effects of outdoor temperature on changes in physiological variables before and after lunch in healthy women. **International Journal of Biometeorology**, v. 58, n. 9, p. 1973-81. nov. 2014.

OKAWARA, A.; WEIGAND, O. Reabilitação pós-mastectomia. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 28, p. 5-6, 1982.

OLIVA, L. F. D. G. et al. Impactos psicossociais do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer de mama em hospital oncológico Campo Grande-MS. **Ensaio e Ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, v. 17, n. 4, p.77-97, 2013.

OLIVEIRA, M. A. P.; VELARDE, L. G. C.; SÁ, R. A. M. Randomized clinical trials: series understanding clinical research. **FEMINA**, v. 43, n. 1, p. 7-11, jan./fev. 2015.

OLVER, I. N.; DUTNEY, A. A Randomized, Blinded Study of the Impact of Intercessory Prayer on Spiritual Well-being in Patients With Cancer. **Alternative Therapies**, v. 18, n. 5, p. 18-27, 2012.

O'NEILL, D. P.; KENNY, E. K. Spirituality and chronic illness. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 30, n. 3, p. 275-280, 1998.

PANZINI, R.G. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida**. 2004. 238p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 238 p., 2004.

PANZINI, R.; BANDEIRA, D. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala CRE: elaboração e validação de construto. **Revista Psicologia em Estudo**, v. 10, n.3, p. 507-516, 2005a.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D. R. Quality of life and spiritual-religious coping relations. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 9, p. 2106-2107, 2005b.

PANZINI, R. G. et al. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice**. New York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000.

PARGAMENT, K. I.; MAGYAR-RUSSEL, G. M.; MURRAY-SWANK, N. A. The sacred and the search for significance: Religion as a unique process. **Journal of Social Issues**, v. 61, n. 4, p. 665-687, 2005.

PAYNE, D.K.; SULLIVAN, M.D.; MASSIE, M.J. Women's psychological reactions to breast cancer. **Seminars in Oncology**, v. 23, n. 2, p. 89-97, 1996.

PEHLER, S. R. Children's spiritual response: validation of the nursing diagnosis spiritual distress. **Internacional Journal of Nursing Knowledge**, v. 8, n. 2, p. 55-67, 1997.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G. SANTOS, N. OLIVEIRA, R. V. C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, p. 135-143, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre RS: Artmed, 7ªed., 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of Nursing Research**: appraising evidence for nursing practice. 8ed. Philadelphia: Lippincott, 2014.

POST SG, PUCHALSKI CM, LARSON DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. **Annals of Internal Medicine**. 132:578-83, 2000.

PRATES, A. C. L. et al. Dissatisfaction indicators related to body image in patients submitted to mastectomy. *Revista Brasileira de Mastologia*, v. 24, n. 1, p. 23-8, 2014. DOI: 10.5327/Z201400010005RBM.

PRIMO, C. C. et al. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. **Enfermería Global**. n. 28. p. 63-73, 2012.

PRONK, K. Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. **American Journal of Hospice Palliative Medicine**, v. 22, n. 6, p. 419-425, 2005.

QUADROS, L. G. A.; GEBRIM, L. H. The sentinel lymph node biopsy in breast cancer in the practice of the Brazilian gynecologist: a revision. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 3, p. 158-164, 2007.

RAMEZANI, M. et al. Spiritual care in nursing: a concept analysis. **International Nursing Review**, v. 61, n. 2, p. 211-9, 2014.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 12, n. 1, p.85-97, 2009.

REYES-GIBBY, C. C. et al. Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. **Journal Womens Health**, v. 21, n. 3, p. 311-8, 2012.

RIBEIRO, V.; PORTELLA, S.; MALHEIRO, E. Mulheres de meia idade e o enfrentamento do câncer de mama. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 2, p. 799-805, 2014. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.120>.

RIVEROS, E. The effect of intercessory prayer on critically-ill patient outcome. **Revista Salud Bosque**, v. 2, n. 2, p. 23-28, 2012.

RIZZARDI, C. D.; TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, S. R. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 483-7, 2010.

RODRÍGUEZ, D. L. et al. The application of Reiki in nurses diagnosed with Burnout Syndrome has beneficial effects on concentration of salivary IgA and blood pressure. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1132-1138, 2011.

ROJAS-SÁNCHEZ, O. A. et al. Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico manejo inefectivo del régimen terapêutico. **Enfermagem Clínica**, v. 19, n. 6, p. 299-305, 2009.

ROSA, M. I. et al. A randomized clinical trial on the effects of remote intercessory prayer in the adverse outcomes of pregnancies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2379-2384, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800022>

ROSS, L. The spiritual dimension: its importance to patients health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. **International Journal of Nurse Studies**, v. 32, p.457-468, 1995.

ROSS, L. E. et al. Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 8, n. 14, p. 931-938, 2008.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. **Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 225-237, 2007.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Fighting cancer as a family. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 20 n. spe, p. 178-186, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500023>)

SALES, C. A. et al. Taking care of a relative with cancer: the impact on the quotidian of a caretaker. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 616-621, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a04.htm>.

SANTOS, D. E. et al. Effect of radiotherapy on pulmonary function and fatigue of women undergoing treatment for breast cancer. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 1, p. 50-55, 2013.

SAVIOLI, R. M. Prayer and cure: fact or fancy? **O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 281-289, 2007.

SAWADA, N. O et al. Quality of life evaluation in cancer patients to submitted to chemotherapy. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009.

SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D. CONSORT 2010: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. **BMC Medicine**, v. 8, n. 18, p. 1-9, 2010.

SEHLEN, S. et al. Psychosocial stress in cancer patients during and after radiotherapy. **Strahlentherapie Onkologie**, v. 179, n. 3, p.175–180, 2003.

SERINOLLI, M. I.; OLIVA, M. P.M.; EL-MAFARJEH, E. History of anxiety, panic attacks or depression and analysis of the impact on quality of life in medical students. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 4, n. 2, p. 113-126, julho/dezembro, 2015.

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.

SHIBATA, M. et al. Salivary biomarkers are not suitable for pain assessment in newborns. **Early Human Development**, v. 89, n. 7, p. 503–506, 2013.

SICHER, F. et al. A Randomized Double-Blind Study of the Effect of Distant Healing in a Population With Advanced AIDS Report of a Small Scale Study. **Western Journal of Medicine**, v. 169, n. 6, p. 356-63, 1998.

SILVA, A. L.; CIAMPONE, M. H. T. A paradigmatic glance on the nursing care - a to walk for the complex care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n.4, p. 13-23, 2003.

SILVA, E. C. S. et al. Câncer de mama e qualidade de vida durante o tratamento radioterápico. **Ciências biológicas e da saúde**, Recife, v. 1, n. 3, p. 85-93, 2014.

SILVA, G. A. et al. Access to early breast cancer diagnosis in the Brazilian Unified National Health System: an analysis of data from the Health Information System. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, 2014.

SILVA, G. S.; SANTOS, M. A. Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18; n. 4, 08 telas, 2010.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

SILVA, M. S. et al. Vivências de mulheres face ao diagnóstico de câncer cérvico-uterino: revisão integrativa da literatura. **Revista Pleiade**, v.8, n. 15, p. 16-25, jul./dez., 2014.

SIMÃO, T. P. **Adaptação transcultural e validação da escala de angústia espiritual em pacientes com câncer**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, Alfenas, 2013.

SMUCKER, C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 7, n. 2, p. 81-91, 1996.

SMUCKER, C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 7, n. 2, p. 81-91, 1996.

SOARES, E. M.; SILVA, S. R. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 517-522, 2010.

SOLER, V. M. et al. Nursing and spirituality: a study bibliographic. **CuidArte Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 91-100, 2012.

SOUZA, B. F. et al. Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 866-73, 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3564.2491.

SOUZA, P. L. R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 34, p. 112-117, 2001.

SOUZA, R. S. **Profile of people attending a outpatient palliative chemotherapy**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, 2011.

SPIEGEL, D. Cancer and depression. **British Journal of Psychiatry**, v. 168, n. 30, p. 109-16, 1996.

STEWART, C. J. **Técnicas de entrevista: estruturação e dinâmica para entrevistados e entrevistadores**. 14.ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

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.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde** (1ª ed., R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2005.

SWARTZ, M. H. **Tratado de semiologia médica: história e exame físico**. Rio de Janeiro. Ed. Elsevier, 5ª edição. 2006.

TARTARI, R. F.; BUSNELLO, F. M.; NUNES, C. H. A. Nutritional Profile of Patients Submitted to Chemotherapy in a Tertiary Outpatient Clinic. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 1, p. 43-50, 2010.

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. V.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.
- TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008.
- THUNÉ-BOYLE, I. et al. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 1, p. 151-164, 2006.
- TIMMINS, F.; CALDEIRA, S. Understanding spirituality and spiritual care in nursing **Nursing Standard**, v. 31, n. 22, p. 50-7, 2017. Doi.org/10.7748/ns.2017.e10311.
- TODRES, I.; CATLIN, E.; THIEL, M. The intensivist in a spiritual care training program adapted for clinicians. **Critical Care Medicine**, v. 33, n. 12, p. 2733-2736, 2005.
- TORRES, M. A. et al. Predictors of depression in breast cancer patients treated with radiation: role of prior chemotherapy and nuclear factor kappa B. **Cancer**, v. 119, n. 11, p. 1951-9, 2013
- TOSTA, C. E. **Prece e cura**. EM E. F. B. Teixeira; M. C. Muller, J. D. T. Silva (Orgs.), Espiritualidade e qualidade de vida. (pp. 105-124). Porto Alegre: EDIPUCRS. 2004a. ISBN 85-7430-444-1.
- TOSTA, C. E. A prece cura? **Brasília Med**. Brasília, v. 34, p.38-45, 2004b.
- TRAEGER, L. et al. Evidence-Based Treatment of anxiety in patients with cancer. **Journal Clinical Oncology**, v. 30, n. 11, p.1197-205, abr.2012.
- TRIEF, P. M.; KHAN, S. Assessing emotional distress of women with breast cancer: a survey of surgical oncologists. **Breast Cancer Research Treatment**, v.42, p. 275-81, 1997.
- 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. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 483-489, 2003.
- VANDECREEK, L.; ROGERS, E.; LESTER, J. Use of alternative therapies among breast cancer outpatients compared to the general populations. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, v. 5, n. 1, p. 71–76, 1999.

VAHDANINIA, M.; OMIDVARI, S.; MONTAZERI, A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. **Social Psychiatry Epidemiology**, v. 45, n.3, p. 355-61, 2010.

VEIT, C. M.; CASTRO, E. K. **Spiritual/religious coping in breast cancer women**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 65, n. 3, p. 421-435, 2013.

VILLAGOMEZA, L. R. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. **Holistic Nursing Practice**, v. 19, n. 6 p. 285-294, 2005.

VISONÁ, F.; PREVEDELLO, M.; SOUZA, E. N. Cancer in the family: unveiling family members' perceptions. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 2, n. 1, p. 145-155, 2012.

VOLCAN, S. M. A. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-5, 2003.

WAN, C. et al. Salivary Alpha-Amylase Reactivity in Breast Cancer Survivors. **International Journal Environmental Reserach Public Health**. v. 13, p. 1-15, 2016. Doi:10.3390/ijerph13040353. Disponível em: www.mdpi.com/journal/ijerph.

WANDERLEI, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: Carvalho, M. M. M. J. (org). **Introdução à Psicologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

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.

WOODS, T. E. et al. Religiosity is associated with affective status in symptomatic HIV-infected African-American women. **Journal of Health Psychology**, v.4, n.3, p. 317–326, 1999.

WOLF, J. M.; NICHOLLS, E.; CHEN, E. Chronic stress, salivary cortisol and a-amylase in children with asthma and healthy children. **Biological Psychology**, v.78, p. 20-8, 2008.

YAMAGUCHI, M. et al. Hand-held monitor of sympathetic nervous system using salivary amylase activity and its validation by driver fatigue assessment. **Biosensors and Bioelectronics**, v. 21, n. 7, p. 1007–1014, 2006.

YANG, Y. L. et al. The prevalence of depression and anxiety among chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. **BMC Cancer**, v. 13, n. 393, p. 1-15, 2013.

YOSHIZAWA, J. M. et al. Salivary biomarkers: toward future clinical and diagnostic utilities. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 26, n. 4, p. 781-791, out. 2013.

ZAINAL, N. Z. et al. Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. **Asian Pacific Journal Cancer Prevention**, v. 14, n. 4, p. 2649-56, 2013.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, p. 361-370, 1983.

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DA PRECE DE INTERCESSÃO NA ANGÚSTIA ESPIRITUAL, NO NÍVEL DO COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL, NA MORBIDADE PSICOLÓGICA E NOS NÍVEIS DE AMILASE DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO: ensaio clínico aleatorizado controlado e mascarado.

Pesquisador: Talita Prado Simão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36301714.4.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 896.787

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

Sem alterações.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadora acatou as alterações solicitadas no projeto esclarecendo a constituição dos grupos controle negativo, positivos e intervenção, alterou os TCLEs quanto a linguagem acessível, a retirada do RG.

Recomendações:

Não há.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 090.757

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRÃO PRETO, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 5900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-3386 E-mail: cep@eerp.usp.br

Página 02 de 02

ANEXO B – Autorização do CEP do HCFMRP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DA PRECE DE INTERCESSÃO NA ANGÚSTIA ESPIRITUAL, NO NÍVEL DO COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL, NA MORBIDADE PSICOLÓGICA E NOS NÍVEIS DE AMILASE DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO: ensaio clínico aleatorizado controlado e mascarado.

Pesquisador: Talita Prado Simão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36301714.4.3001.5440

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 902.066

Data da Relatoria: 03/12/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou carta de anuência do responsável pelo local de coleta no HCFMRP-USP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da Instituição Proponente.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hop.usp.br

Continuação do Parecer: 902.066

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como Instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de Infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

RIBEIRÃO PRETO, 08 de Dezembro de 2014

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
 (Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Página 02 de 02