

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**CALÍOPE PILGER**

**Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade,  
enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos  
em tratamento hemodialítico**

**RIBEIRÃO PRETO  
2015**

CALÍOPE PILGER

Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso

Orientador: Luciana Kusumota

RIBEIRÃO PRETO

2015

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.

Pilger, Calíope

Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. Ribeirão Preto, 2015.

157p. : il. ; 30 cm

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

1. Espiritualidade. 2. Religião. 3. Idoso. 4. Insuficiência Renal Crônica. 5. Diálise Renal.

PILGER, Calíope

Estudo correlacional entre bem-estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de Doutor em Ciências,  
Programa de Pós-Graduação Enfermagem  
Fundamental.

Aprovado em ...../...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus e a toda a Espiritualidade Superior que me orienta, me guia e fornece toda a proteção e luz necessária para continuar minha caminhada...*

*A meus pais Rubín e Maria das Graças,  
Que são meus mestres na Arte de Viver e Amar e minhas maiores  
fortalezas...  
Amo muito vocês! Sempre!*

*A meu companheiro Alexandre, pai dos meus futuros filhos,  
Amo você, Amor!*

*Dedico também aos idosos participantes do estudo que me proporcionaram conhecimentos e experiências sobre o Sagrado de cada um, o que me fez crescer como profissional da saúde, pessoa e espírito*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao chegar ao final de mais uma etapa da minha vida, se faz necessário e é de grande importância agradecer a pessoas importantes que auxiliaram na construção deste trabalho.*

*Primeiramente a Deus, e a toda a Espiritualidade Superior, pela proteção, zelo e iluminação...*

*Aos meus pais, por serem meus primeiros mestres na arte de viver.*

*Aos meus irmãos, que são grandes companheiros para a vida toda!*

*Ao meu marido Alexandre, por estar sempre ao meu lado e me proporcionar o que mais desejo nesta fase da vida, a construção de minha família, que será minha maior fortaleza.*

*À minha orientadora, Dra. Luciana Kusumota por transmitir conhecimentos, experiências profissionais e de vida com ética, tranquilidade, paciência, e me fazer acreditar e confiar nas minhas potencialidades, além de me mostrar valores que me fizeram crescer como pessoa e profissional.*

*Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de receber este título.*

*À FAPESP pela oportunidade de proporcionar auxílio financeiro para a realização da pesquisa e manutenção em Ribeirão Preto - SP.*

*Aos professores do curso de enfermagem da UFG - Regional Catalão, pela compreensão e por possibilitar os momentos de ausência na instituição de trabalho para a finalização deste trabalho.*

*À Profa. Dra. Sueli Marques e Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho, pelas contribuições oferecidas na qualificação e decorrer do trabalho.*

*À Profa. Dra. Sílvia Caldeira, pelo exemplo de profissional a qual pretendo seguir, com humildade, carisma e dedicação a esta linha de pesquisa.*

*Ao Prof. Dr. José Abraão, pelo acolhimento na Unidade de Diálise e ensinamentos transmitidos.*

*Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que proporcionaram conhecimentos e experiências com relação à docência e pesquisa.*

*Aos funcionários da FERP-USP, pelo apoio e auxílio na elaboração da tese.*

*Às minhas sempre amigas, Natácia, Jaqueline, Kelly, Víví, Marcela, Juzínia, Nuníla, Adriana, Carol que me ofereceram momentos intensos de companheirismo, amizade, e quero que saibam que vocês são e serão sempre pessoas especiais. E que ocupam um grande espaço em meu coração.*

*Aos amigos conquistados no doutorado, obrigada pelas experiências compartilhadas e adquiridas...*

*Enfim, agradeço a Deus e a toda a Espiritualidade Superior pela graça de me permitir alcançar mais este objetivo em minha vida...*

*Tornou-se o centurião: Senhor, eu não sou digno que entres em minha casa; mas fala tão somente ao verbo, e meu servo será curado. E disse Jesus ao centurião: “vá-te, e faça-se contigo assim como credes”. E na mesma hora o servo recuperou a saúde.*  
*(Mateus, 8: 8-9, 13)*



## RESUMO

PILGER, Calíope. **Estudo correlacional entre bem estar espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico**. 2015. p.157. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

**Introdução:** A religiosidade e a espiritualidade, o enfrentamento religioso e espiritual, crença em algo superior, estão associados com a redução do estresse, à taxas reduzidas de mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida (QV) das pessoas.

**Objetivo Geral:** Analisar a relação entre o bem estar espiritual, a religiosidade, o enfrentamento religioso e espiritual, as variáveis sociodemográficas, econômicas, religiosas e de saúde com a QV dos idosos em tratamento hemodialítico do município de Ribeirão Preto – SP.

**Material e Métodos:** Estudo transversal e correlacional, com abordagem quantitativa, desenvolvido nas cinco Unidades de Diálise do município de Ribeirão Preto – SP. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser idoso; possuir Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico regular; ter iniciado o tratamento em um período superior a seis meses, ser capaz de comunicar-se verbalmente e apresentar funções cognitivas preservadas, de acordo com o Mini Exame do Estado Mental. A técnica utilizada para coletar os dados foi à entrevista, na qual foram aplicados os instrumentos: Mini Exame do Estado Mental; Instrumento de caracterização sociodemográfica, econômica, religiosa e de saúde; Escala de Bem Estar Espiritual; Índice de Religiosidade de Duke; Escala de Coping Religioso e Espiritual Abreviada - CRE abreviada; Questionários de Qualidade de Vida WHOQOL bref e WHOQOL-old. Foram realizadas as análises estatísticas descritivas, de frequência bivariada (correlação de Person) e regressão linear simples. O nível de significância adotado foi de 5%. Os preceitos éticos em pesquisa foram respeitados conforme Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.

**Resultados:** Participaram do estudo 169 idosos, a maioria era homem (74%), com idade entre 60 e 69 anos (53,3%), cor da pele branca (69,3%), casado ou que residia com companheiro(a) (65,1%), sabia ler e escrever (94,1%) e renda menor de cinco salários mínimos (60,2%). A religião católica, seguida da evangélica e espírita foram as mais relatadas. Com relação ao Bem Estar Espiritual, os participantes apresentaram moderado Bem Estar Espiritual total e Bem Estar Existencial e alto Bem Estar Religioso. E referente à religiosidade 54,4% dos idosos possuíam alta Religiosidade Organizacional, 83,4% alta Religiosidade Não Organizacional e 90% alta Religiosidade Intrínseca. Todos os idosos da pesquisa utilizavam de estratégias do CRE. A média global de QV do WHOQOL bref dos idosos da pesquisa foi de 64,0 e os maiores escores dos domínios do WHOQOL bref, foram o psicológico e relações sociais (66,8). Com relação ao WHOQOL old, o maior escore médio foi para a faceta intimidade (76,3) e em seguida a faceta morte e morrer (69,4). Os idosos fizeram uso do CRE religioso e espiritual total, positivo e negativo, e estes se relacionaram com a QV. Houve significância estatística para a associação entre a medida da QV global dos idosos, com o nível de Bem Estar Espiritual total, uso de CRE total e religiosidade Organizacional e Intrínseca

dos idosos. **Considerações finais:** A QV dos idosos que realizavam tratamento hemodialítico estava relacionada, seja de forma positiva ou negativa, com os constructos, bem estar espiritual, religiosidade e o uso de coping religioso e espiritual.

**Descritores:** Espiritualidade; Religião; Idoso; Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal

## ABSTRACT

PILGER, Calíope. **Correlational study between spiritual well-being, religiosity, religion and spiritual coping and quality of life of elderly in hemodialysis treatment.** 2015. p.157. Thesis (Ph.D.). School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

**Introduction:** The religiosity and spirituality, the religion and spiritual coping, and something higher belief are associate with stress reduction, reduced mortality rates, besides to improve people's quality of life (QoL). **Overall Objective:** Analyze the relation between Spiritual Well-Being (SWB), religiosity, religion and spiritual coping, socio-demographic, economic, religious and health variables with QoL of elderly in hemodialysis treatment at Ribeirão Preto – SP. **Material and Methods:** It was developed a cross-sectional, correlational study with a quantitative approach, in five Dialysis Units of Ribeirão Preto – SP. The inclusion criteria for participants were: They must be elderly; have Chronic kidney Disease under regular hemodialysis treatment; have started treatment in a period bigger than six months; be able to communicate verbally and to present preserved cognitive functions according to the Mini Mental State Examination (MMSE). The interview was the technique used to collect the data. The Mini Mental State Examination (MMSE), Socio-demographic, Economic, Religious and Health Characteristics Instrument, Spiritual Well-Being Scale (SWBS), Duke Religiosity Index (P-DUREL), Brief Spiritual/Religious Coping Scale (SRCOPE Scale), Questionnaires Quality of Life WHOQOL Bref and WHOQOL-old were the instruments applied. Descriptive statistic, bivariate frequency (correlation Person) and simple linear regression were realized to analyze the data. The statistical significance level was established as 5%. The ethical principles to research were respected, according to Resolution 466/2012 of the Ministry of Health. **Results:** One hundred and sixty nine participants were enrolled in the study. In most they were male (74%), aged between 60 and 69 years (53,3%), white skin color (69,3%), married or lived together a partner (a) (65,1%), know how read and write (94,1%) and with income less than R\$ 780,00 (60,2%). The catholic religion, followed by evangelical and spiritist was the most reported. Regarding Spiritual Well-Being, the participants showed moderate total Spiritual Well-Being and Existential Well-Being, and high Religion Well-Being. Concerning to religiosity, 54,4% of the elderly had high Religiosity Organizational, 83,4% high Religiosity Non Organizational and 90% high Intrinsic Religiosity. All searched elderly used Religious and Spiritual Coping strategies. The searched elderly QOL from WHOQOL bref was 64,0 and the highest domain scores from WHOQOL bref were the psychological and the social relations (66,8). With respect to WHOQOL old, the highest mean score was to the intimacy facet (76,3), then death and dying (69,4). The elderly used the total, positive and negative religious and spiritual coping, and these were related to QOL. There was statistical significance to the association between elderly global measurements of QoL, with the Spiritual Well-Being total level, total religious and spiritual coping uses and Organizational and Intrinsic Religiosity.

**Final Considerations:** The elderly QOL that realized hemodialysis treatment is related to, in a positive or negative way, with the constructs: Spiritual Well-Being, Religiosity and the use of Religious and Spiritual Coping.

**Descriptors:** Spirituality; Religion; Aged; Renal Insufficiency, Chronic; Renal Dialysis

## RESUMEN

PILGER, Calíope. **Estudio correlacional entre bienestar espiritual, religiosidad, enfrentamiento religioso-espiritual y calidad de vida de ancianos en tratamiento hemodialítico**. 2015. F.157. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

**Introducción:** La religiosidad y la espiritualidad, el enfrentamiento religioso y espiritual y la creencia en algo superior están asociados con la reducción del estrés y con las tasas reducidas de mortalidad, además de mejorar la calidad de vida (CV) de las personas. **General Objetivo:** Analizar la relación entre el bienestar espiritual, la religiosidad, el enfrentamiento religioso y espiritual, las variables sociodemográficas, económicas, religiosas y de salud con la CV de los ancianos en tratamiento hemodialítico, del municipio de Ribeirão Preto – São Paulo - Brasil. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, correlacional, con enfoque cuantitativo, desarrollado en las cinco Unidades de Diálisis del municipio de Ribeirão Preto. Los criterios de inclusión de los participantes fueron: ser anciano; poseer Enfermedad Renal Crónica en tratamiento hemodialítico regular; haber iniciado el tratamiento en un período superior a seis meses; ser capaz de comunicarse verbalmente y presentar funciones cognitivas preservadas, de acuerdo con la Mini prueba del Estado Mental. La técnica utilizada para recolectar los datos fue la entrevista, en la cual fueron aplicados los instrumentos: Mini prueba del Estado Mental; Instrumento de caracterización sociodemográfica, económica, religiosa y de salud; Escala de Bienestar Espiritual; Índice de Religiosidad de Duke; Escala de Coping Religioso y Espiritual Abreviada - CRE abreviada; Cuestionarios de Calidad de Vida WHOQOL bref y WHOQOL-old. Fueron realizados los análisis estadísticos descriptivos, de frecuencia bivariada (correlación de Person), y la regresión lineal simple. El nivel de significancia adoptado fue de 5%. Los preceptos éticos en investigación fueron respetados, conforme Resolución 466/2012 del Ministerio de la Salud. **Resultados:** Participaron del estudio 169 ancianos, la mayoría era hombre (74%), con edad entre 60 y 69 años (53,3%), color de la piel blanca (69,3%), casado o que vivía con compañero(a) (65,1%), sabía leer y escribir (94,1%) y renta menor de cinco sueldos-mínimos (60,2%). La religión católica, seguida de la evangélica y espiritualista, fue la más relatada. Con relación al Bienestar Espiritual, los participantes presentaron moderado Bienestar Espiritual total y Bienestar Espiritual Existencial y alto Bienestar Religioso. Y referente a la religiosidad, 54,4% de los ancianos poseían alta Religiosidad Organizacional, 83,4%, alta Religiosidad No Organizacional y 90%, alta Religiosidad Intrínseca. Todos los ancianos de la investigación utilizaban estrategias de CRE. La media global de CV del WHOQOL bref de los ancianos de la investigación fue de 64,0, y los mayores puntajes de los dominios del WHOQOL bref fueron el psicológico y el de relaciones sociales (66,8). Con relación al WHOQOL old, el mayor puntaje medio fue para la faceta intimidad (76,3) y, en seguida, la faceta muerte y morir (69,4). Los ancianos hicieron uso de CRE religioso y espiritual total, positivo y negativo, y estos se relacionaron con la CV. Hubo significancia estadística para la asociación entre la medida de la CV global

de los ancianos, con el nivel de Bienestar Espiritual total, uso de CRE total y religiosidad Organizacional e Intrínseca de los ancianos. **Consideraciones finales:** La CV de los ancianos que realizaban tratamiento hemodialítico estaba relacionada, sea de forma positiva o negativa, con los constructos: bienestar espiritual, religiosidad y el uso de enfrentamiento religioso y espiritual.

**Descriptores:** Espiritualidad; Religión; Anciano; Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis Renal

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma das etapas de inclusão dos idosos na pesquisa e composição dos participantes do estudo.....	42
Figura 2	Gráfico com os motivos das internações dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	61
Figura 3	Gráficos de dispersão da Regressão Linear entre as Escalas de EBE, CRE e a QV global do WHOQOL-bref.....	92
Figura4	Gráficos de dispersão da Regressão Linear entre o Índice de Religiosidade de Duke e a QV global.....	93

## TABELAS

Tabela 1	Distribuição das variáveis sociodemográficas, segundo sexo dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	57
Tabela 2	Distribuição das variáveis econômicas dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	58
Tabela 3	Distribuição das variáveis relacionadas à saúde e qualidade de vida autorreferidas pelos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013.....	59
Tabela 4	Distribuição das doenças autorreferidas pelos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013.....	60
Tabela 5	Distribuição das variáveis relacionadas ao tratamento dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	61
Tabela 6	Distribuição das variáveis religiosas e espirituais dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2013.....	62
Tabela 7	Distribuição dos resultados da Escala de Bem-Estar Espiritual e suas respectivas subescalas, dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP, 2013.....	65
Tabela 8	Resultados da Escala de Bem-Estar Espiritual e suas respectivas subescalas, segundo sexo e religião dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto-SP, 2013.....	66
Tabela 9	Coeficiente de correlação de Pearson entre o EBE, suas respectivas subescalas e variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013.....	68
Tabela 10	Coeficiente de correlação de Pearson entre a escala de EBE, suas respectivas subescalas e os domínios do WHOQOL – bref, dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	69



Tabela 11	Coeficiente de correlação de Pearson entre a escala de EBE, suas respectivas subescalas e as facetas do WHOQOL – old dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013.....	70
Tabela 12	Distribuição dos resultados do Índice de Religiosidade de Duke e os parâmetros de interpretação da RO, RNO e RI dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2013.....	71
Tabela 13	Distribuição dos resultados do Índice de Religiosidade de Duke, segundo sexo, faixa etária, anos de estudo, religião/doutrina e cor da pele dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013.....	72
Tabela 14	Distribuição dos resultados do Índice de Religiosidade de Duke, dicotomizada (baixa e alta), segundo sexo e religião dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013.....	74
Tabela 15	Coeficiente de correlação de Pearson entre RO, RNO, RI e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	76
Tabela 16	Coeficiente de correlação de Pearson entre RO, RNO, RI e os domínios do WHOQOL – bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	77
Tabela 17	Coeficiente de correlação de Pearson entre RO, RNO, RI e as facetas do WHOQOL- old dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	78
Tabela 18	Distribuição dos resultados da Escala CRE, dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2013.....	79
Tabela 19	Distribuição dos resultados da Escala CRE, segundo os fatores do CRE positivo e negativo dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2013.....	80
Tabela 20	Distribuição dos resultados da Escala CRE positivo, negativo e total, segundo sexo e religião dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013.....	81

Tabela 21	Coeficiente de correlação de Pearson entre o CRE positivo, negativo, total e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013.....	82
Tabela 22	Coeficiente de correlação de Pearson entre o CRE positivo, negativo, total e os domínios do WHOQOL – bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	83
Tabela 23	Coeficiente de correlação de Pearson entre o CRE positivo, negativo, total e as facetas do WHOQOL – old dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	84
Tabela 24	Distribuição dos resultados de QV, segundo domínios do WHOQOL-bref e facetas do WHOQOL-old dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013.....	86
Tabela 25	Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-bref, e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	87
Tabela 26	Coeficiente de correlação de Pearson entre as facetas do WHOQOL-old e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	89
Tabela 27	Coeficiente de correlação de Pearson entre a escala EBE com suas respectivas subescalas, o índice de religiosidade de DUKE e o domínio da QV global do WHOQOL-bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	90
Tabela 28	Coeficiente de correlação de Pearson entre o BEE total, RI, CRE positivo e negativo e QV geral do WHOQOL-bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	91
Tabela 29	Regressão linear simples entre as Escalas BEE total, CRE total, RO, RNO e RI e o escore médio da QV global do WHOQOL-bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013.....	92

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
BEE	Bem-Estar Existencial
BEE total	Bem-Estar Espiritual total
BER	Bem-Estar Religioso
CRE	<i>Coping</i> Religioso e Espiritual
DM	Diabetes Mellitus
Dp	Desvio-padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
DUREL	<i>Duke Religiousness Scale</i>
EBE	Escala de Bem-Estar Espiritual
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HD	Hemodiálise
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KDQOL -SF	<i>Kidney Disease Quality of Life Short Form</i>
MEEM	Miniexame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

RCOPE	<i>Religion and Spiritual Coping</i>
RI	Religiosidade Íntrinseca
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
RS	Rio Grande do Sul
SENERP	Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto
SP	São Paulo
SRPB	<i>Spirituality, religion and person believes</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
WHOQOL	<i>World Health Organization of Quality Of Life</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>27</b>
2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>29</b>
3.1 A Religiosidade, a Qualidade de Vida e a Doença Renal Crônica.....	30
3.2 A Espiritualidade, a Qualidade de Vida e a Doença Renal Crônica.....	32
3.3 Enfrentamento religioso e espiritual utilizado pelas pessoas com Doença Renal Crônica .....	34
3.4 As dimensões espirituais e religiosas vivenciadas pelos idosos com Doença Renal Crônica.....	36
<b>4 MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>38</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	39
4.2 Local da Pesquisa.....	39
4.3 Participantes da Pesquisa e Procedimento de Coleta de Dados.....	40
4.4 Estudo-Piloto.....	52
4.5 Processamento e Análise dos Dados.....	52
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	54
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
5.1 Caracterização Sociodemográfica, Econômica, de Saúde e Religiosa dos Idosos que realizavam Hemodiálise.....	56
5.2 Bem-Estar Espiritual, Religiosidade, Enfrentamento Religioso e Espiritual e Qualidade de Vida de Idosos que realizavam Hemodiálise.....	63
5.2.1 O bem-estar espiritual e sua relação com aspectos sociodemográficos, econômicos, religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise.....	64
5.2.2 Religiosidade e sua relação com aspectos sociodemográficos, religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise.....	71
5.2.3 Enfrentamento religioso e espiritual e sua relação com aspectos sociodemográficos, econômicos, religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise.....	79
5.2.4 A qualidade de vida e sua relação com os aspectos sociodemográficos, os econômicos, os religiosos, o bem-estar espiritual, a religiosidade e o enfrentamento religioso e espiritual de idosos que realizavam hemodiálise.....	85
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>94</b>
6.1 Caracterização sociodemográfica, econômica, de saúde e religiosa dos idosos.....	95

6.2 O bem-estar espiritual e sua relação com aspectos Sociodemográficos e Religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam Hemodiálise.....	101
6.3 A religiosidade e sua relação com aspectos sociodemográficos e religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise.....	106
6.4 Enfrentamento religioso e espiritual e sua relação com aspectos sociodemográficos, econômicos, religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise.....	110
6.5 A qualidade de vida e sua relação com aspectos sociodemográficos, o bem-estar espiritual, a religiosidade e a utilização de estratégias religiosas e espirituais de idosos que realizavam hemodiálise.....	115
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>122</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>156</b>

*"Historicamente podemos entender a ciência e religião como antagônicas...Eu acredito que o verdadeiro sentimento religioso é o mais forte e nobre incentivo à pesquisa científica"*  
*Albert Einstein*

## ***1. INTRODUÇÃO***

---

O início do século XXI está caracterizado por um desafio existencial, ou seja, um movimento de retomada de uma dinâmica espiritual que vem sendo escondida ou delegada à modernidade. A atualidade é individualizada por um grande paradoxo: de um lado fatos que incendeiam a vida religiosa, e, de outro, presenciamos, na mesma sociedade, a proliferação das mais variadas manifestações do sagrado, testemunhando que a discussão religiosa, que aparentemente havia desaparecido, continua mais viva do que nunca (GIOVANETTI, 2004; TEIXEIRA, 2005).

Émile Durkheim (1858-1917), cientista social e estudioso do fenômeno religioso, já constatava, no início do século XX, época de extremo vigor da racionalidade modernista, que o religioso sempre esteve presente em todas as sociedades humanas e em todos os períodos, e estaria presente também na modernidade, só que na forma de eclipse solar (VASCONCELOS, 2006). “No eclipse, o sol não morre, apenas se oculta aos olhos, mas ele continua presente atrás da sombra” (BOFF, 1996, p. 79).

A revalorização do religioso na sociedade contemporânea não significou um retorno às formas antigas de organização da vida religiosa. Ela tem acontecido principalmente por meio de uma busca de experimentação pessoal da transcendência por caminhos bastante variados (VASCONCELOS, 2006). A dimensão espiritual na vida humana talvez seja, segundo Leonardo Boff (BOFF, 2002, p. 117), “uma das transformações culturais mais importantes do século XXI”.

Para setores populacionais com maiores níveis de escolaridade, esta revalorização tem ocorrido de forma menos aderida às instituições religiosas tradicionais, o que torna importante a diferenciação entre religião, religiosidade e espiritualidade (VASCONCELOS, 2006).

Para Koenig (2012), a espiritualidade é uma parte complexa e multidimensional da experiência humana, sendo baseada na busca inerente de cada pessoa do significado e do propósito definidos de vida encontrada em todas as culturas. Esta dimensão tem aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais. Os aspectos cognitivos ou filosóficos incluem a busca do significado, do propósito e da verdade na vida, bem como as crenças e os valores de acordo com os quais a pessoa vive. Os experienciais e emocionais envolvem sentimentos de esperança, amor, conexão, paz interior, conforto e suporte, refletem-se na qualidade dos recursos internos do indivíduo. Os comportamentais envolvem o modo como uma pessoa



manifesta externamente as crenças espirituais individuais e o estado espiritual interno; muitas pessoas encontram a espiritualidade por meio da religião ou de um relacionamento pessoal com o divino.

A religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas, observado por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam com ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de Deus (em culturas ocidentais) ou da Verdade Absoluta, da Realidade ou do Nirvana (em culturas orientais). A religião costuma oferecer um código moral de conduta, aceito por todos os membros da comunidade que tentam aderir a esse código. Por fim, a religiosidade é a prática da religião, a atividade religiosa, que pode ser pública e institucional (religiosidade “organizacional”) privada, pessoal e individual (religiosidade “não organizacional”) ou subjetiva (religiosidade intrínseca) (KOENIG, 2012).

Desde tempos imemoráveis, crenças, práticas e experiências espirituais e religiosas têm sido um dos componentes mais prevalentes e influentes da maioria das sociedades (ALMEIDA, 2009). Estudos antropológicos atuais têm mostrado que a visão religiosa continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo saúde e doença.

Entre usuários dos serviços de saúde há um grande reconhecimento da importância dessa vivência religiosa no enfrentamento das crises pessoais e familiares que acompanham as doenças mais graves. Também entre muitos profissionais de saúde é bastante reconhecida a importância da vivência religiosa na estruturação do sentido e significado de suas práticas, o que é fundamental na elaboração da motivação para o empenho do trabalho e na orientação ética das condutas no atendimento cotidiano, bem como na avaliação dos impasses pessoais da prática profissional (VASCONCELOS, 2006).

No estudo de Rocha e Fleck (2011), no qual avaliaram a associação entre a presença de uma doença crônica, Qualidade de Vida (QV) e a importância dada à espiritualidade, à religiosidade e às crenças pessoais (SRPB), obtiveram que quando comparados os pacientes e as pessoas saudáveis, acerca da medida da importância dada à espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (WHOQOL-SRPBi), os pacientes tiveram escores significativamente mais elevados do que as pessoas saudáveis. Ainda descrevem que os achados do estudo apontam para a importância da religiosidade e espiritualidade na vida dos pacientes, durante o processo saúde e doença, e isso é relevante no planejamento para realizar os cuidados e intervenção,

para melhorar a QV.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) e Fleck, Chachamovich e Trentini (2006), o conceito de QV está especificamente relacionado com a promoção do bem-estar da pessoa e em possuir sentimentos positivos e de saúde. Além do que, este conceito é geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas. Ainda para a OMS, “a QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995). Ainda Fleck (2000) descreve que QV é um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Stanley et al. (2011) descrevem que a religião e a espiritualidade, em especial o enfrentamento religioso e espiritual, como frequência às instituições religiosas e a crença em algo superior, estão associadas com a redução do estresse, depressão, taxas reduzidas de mortalidade, além de trazer outros benefícios para a saúde. Koenig (2006) ainda relata que a busca pelo sagrado e pela religião aumenta com o avançar da idade, indicando que as pessoas se tornam mais religiosas quando se tornam mais velhas e possuem doenças crônicas.

Uma das estratégias mais utilizadas para proporcionar bem-estar, diante de situações estressantes descritas pelos idosos, no estudo de Rocha et al. (2009), é a oração e o cultivo a sentimentos de esperança movidos pelo desejo de conquista, pois assim encontram conforto e poder de superação para diversas situações, como perdas, limitações físicas e doenças.

Dentre as doenças crônicas que acometem as pessoas e podem causar estresses, seja devido à situação física, à adaptação social e nutricional, está a Doença Renal Crônica (DRC). Esta doença impõe à pessoa uma série de mudanças e novas perspectivas de vida, tais como o uso contínuo de medicações, o enfrentamento da dependência de outras pessoas, de aparelhos para adaptações à nova realidade e, na maioria dos casos, a dependência financeira (CHAVES et al., 2010). A DRC é o resultado final de múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter o equilíbrio interno do organismo; e, uma vez que a

doença esteja instalada, necessita-se de um tratamento crônico para substituir a função renal, e os tratamentos disponíveis são a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal (RIELLA, 2010).

Para Luchetti, Almeida e Granero (2010), a espiritualidade e a religiosidade possuem papel importante para o paciente em diálise, visto que, estes constructos mostram-se relacionados com a melhora da interação médico-paciente, da QV e do enfrentamento da doença, devendo ser considerados pelos profissionais que assistem esses pacientes.

Em um estudo realizado com enfermeiras nefrologistas do Texas, EUA, com o objetivo de avaliar a experiência de vida das enfermeiras que oferecem o apoio espiritual a pacientes com DRC, obteve-se como resultado que os pacientes em hemodiálise necessitam de cuidados espirituais. E concluíram que o cuidado espiritual começa quando se analisam as necessidades dos pacientes. Também, encontrou-se que alguns não necessitam ou não querem nenhum cuidado voltado a esta dimensão, contudo, para uma parte dos participantes, eles precisam desse suporte e têm suas necessidades supridas por outras pessoas, como um capelão, conselheiro espiritual, família ou amigos. Descrevem, ainda, que as enfermeiras podem auxiliar a suprir estas necessidades espirituais por meio de algumas estratégias, como escuta terapêutica, sendo gentil ou assistindo o paciente com respeito (DEAL; GRASSLEY, 2012).

Diante desse contexto nos quais pacientes descrevem que gostariam de receber cuidados voltados para a dimensão religiosa e espiritual das enfermeiras, percebe-se que no cotidiano da assistência à saúde houve um distanciamento da abordagem destas dimensões, devido às mudanças históricas e sociais que ocorreram na sociedade do século XIX. Contudo, nestes últimos tempos, volta-se novamente para as questões do subjetivo, necessitando, assim, que os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, conheçam as diferentes formas de os pacientes vivenciarem e enfrentarem o processo saúde-doença, em especial os idosos acometidos pela DRC, os quais precisam realizar tratamento contínuo e modificar seus hábitos de vida diária, sua vida social, laboral e familiar.

De acordo com Chatrung, Sorajjakool e Amnatsatsue (2014), a espiritualidade e a religiosidade são importantes fontes de enfrentamento para as pessoas que vivem com doença crônica. Muitos pacientes, mas particularmente os com DRC, dependem da religião e da espiritualidade para lidar com as situações estressantes e confrontos que a doença crônica causa na sua QV.

Emerge, então, a necessidade de se atentar e valorizar os constructos supracitados e sua relação com a saúde de pessoas que possuem doença crônica. Também se percebe que é importante analisar a relação entre a espiritualidade, religiosidade, bem-estar espiritual e a QV dos idosos que possuem DRC, e se os mesmos utilizam estratégias de cunho religioso e espiritual para lidar com sua condição crônica, já que a assistência de enfermagem deve ser integral e holística na busca do bem-estar físico, mental, social e espiritual do paciente.

Diante do exposto, as questões elaboradas para nortear este estudo foram: “A QV dos idosos que realizam hemodiálise pode estar relacionada com o bem-estar espiritual e a religiosidade dos mesmos? E, há relação entre as características sociodemográficas, econômicas, religiosas e de saúde com a utilização de estratégias de enfrentamento religiosas e espirituais para lidar com os estresses da doença e da hemodiálise, bem como com a QV dos idosos”?

Dessa forma, surgiu o interesse em realizar este estudo com o objetivo de analisar a relação entre o bem-estar espiritual, a religiosidade, o enfrentamento religioso e espiritual, as variáveis sociodemográficas, econômicas, religiosas e de saúde com a QV dos idosos que realizam tratamento hemodialítico.

Sabe-se que valorizar as crenças dos idosos é muito importante, pois na vivência assistencial tanto em hospitais, em clínicas e na atenção básica percebem-se inúmeras necessidades de saúde, sociais e existenciais desta parcela populacional, e ao prestar um cuidado pautado no respeito da individualidade religiosa e espiritual de cada idoso promove-se conforto, esperança e a harmonia em momentos difíceis. Outro ponto importante é que as pesquisas sobre esta temática indicam a necessidade de capacitação, formação e orientação profissional, além da realização de pesquisas diagnósticas que retratem a quantificação de atribuições subjetivas destes constructos para assistir, de forma integral e humanizada, os idosos.

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”*  
*Albert Einstein*

## ***2. OBJETIVOS***

---

## 2.1 Objetivo geral

- Analisar a relação entre o bem-estar espiritual, a religiosidade, o enfrentamento religioso e espiritual, as variáveis sociodemográficas, econômicas, religiosas e de saúde com a QV dos idosos em tratamento hemodialítico do município de Ribeirão Preto – SP.

## 2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o nível de bem-estar espiritual dos idosos em tratamento hemodialítico do município de Ribeirão Preto – SP, utilizando a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE);
- Avaliar a religiosidade desses idosos, utilizando o Índice de Religiosidade de Duke;
- Descrever o uso do enfrentamento religioso e espiritual por esses idosos, segundo a Escala de *Coping* Religioso e Espiritual (CRE);
- Descrever os escores médios de Qualidade de Vida desses idosos, segundo o WHOQOL-bref e WHOQOL-old;
- Correlacionar o bem-estar espiritual, a religiosidade e a QV desses idosos;
- Analisar a relação entre o nível de bem-estar espiritual, a religiosidade e o CRE com a QV desses idosos.

*“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os tímoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”*

*Leonardo da Vinci*

### ***3. REVISÃO DE LITERATURA***

---

Para compor o referencial teórico da pesquisa, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, baseada no estudo de Caldeira et al. (2011), que teve o propósito de reunir e sintetizar o conhecimento científico produzido sobre a temática em questão no período de 1990 até julho de 2010. Após a análise sistematizada dos artigos encontrados, foram elaboradas categorias temáticas de interesse deste referencial, as quais estão apresentadas a seguir.

### **3.1 A Religiosidade, a Qualidade de Vida e a Doença Renal Crônica**

O constructo da religiosidade apresentou relação com o *status* de saúde e com a qualidade de vida dos pacientes com DRC, seja de forma geral ou nos domínios psicológicos, sociais ou ambientais (CORDEIRO et al., 2009; LUCCHETTI; ALMEIDA; LUCCHETTI, 2012; RAMIREZ et al., 2012; SAFFARI et al., 2013). A religiosidade ainda foi citada como estratégia de enfrentamento, de aumento do suporte social, da esperança, do significado e do propósito à vida (ELLIOTT et al., 2012; KO et al., 2007; SAFFARI et al. 2013; SPINALE et al., 2008).

A DRC é um problema global de saúde pública, relacionado à sua morbidade e mortalidade. Aproximadamente 11% da população mundial adulta pode ser acometida pela doença, nos EUA 114.813 mil pessoas em 2012 apresentaram DRC, destas, 55.419 eram acima de 65 anos (ANNUAL DATA REPORT, 2014). Em adição a este contexto, os resultados que determinam a situação de saúde do paciente podem ser influenciados por fatores biológicos, cognitivos e psicológicos. E para aliviar o sofrimento e buscar uma fonte de esperança, como também força para o enfrentamento da doença, muitos buscam como estratégia a religiosidade (LUCCHETTI; ALMEIDA; LUCCHETTI, 2012).

Para Elliott et al. (2012), a religião e a fé contribuem para construir o significado que os pacientes e seus familiares experienciam com a diálise, sendo relacionado com os resultados das decisões que precisam ser tomadas perante o tratamento. A fé também oferece esperança e alivia o medo dos pacientes e seus familiares. Os pesquisadores descrevem que as práticas religiosas são importantes, pois ajudam os mesmos a administrarem o dia a dia e seu tratamento dialítico, ajudam



a enfrentar as circunstâncias da doença; e também possibilitam a manutenção do contato com Deus e com as outras pessoas.

No estudo realizado por Ko et al. (2007), em Chicago, com 112 pacientes que realizavam o tratamento hemodialítico, os mesmos encontraram que 55% dos participantes responderam que a força da sua crença religiosa é alta e 54% descreveram a importância de praticar as crenças religiosas para sua vida. Também 63% relataram que a crença em algo sagrado influencia o dia a dia de suas vidas, 61% acreditavam que a religiosidade e a espiritualidade auxiliavam no enfrentamento da doença, 40% acreditavam que esta dimensão influencia nos assuntos mundiais e 46%, nos desastres naturais.

A religiosidade também foi relatada nos estudos como um importante suporte social para os pacientes. Na pesquisa de Spinale et al. (2008), realizada em Washington -EUA, com 166 pacientes com DRC de duas clínicas de diálise, analisados em um período de 2 anos (2001 a 2003), encontraram que há uma relação entre religião e aumento da percepção de suporte social, visto que pessoas que se identificaram como religiosas ou espirituais são mais frequentemente envolvidas em comunidades religiosas e tipicamente reportadas com alto escore de suporte social comparadas com as não religiosas.

No estudo de Cordeiro et al. (2009), realizado em Goiás, Brasil, a religião apareceu como forma de melhorar a QV, pois ao estratificar a variável religião foi identificada diferença com significância estatística entre os católicos e evangélicos e os que afirmaram não possuir religião ( $p < 0,05$ ). Esta relação foi encontrada na forma de enfrentar melhor o aparecimento da fadiga, prurido, cefaleia e náuseas, dentre outros sintomas relacionados à DRC, e nas dificuldades com o trabalho, pois tanto as pessoas católicas quanto as evangélicas referiram menos dificuldades no trabalho, quando relacionadas àquelas que afirmaram não possuir religião.

Para Saffari et al. (2013), em seu estudo realizado em Tehran, no Irã, com 362 pacientes em hemodiálise de três diferentes hospitais, foi encontrado que o enfrentamento espiritual e a religiosidade foram associados significativamente com a QV e o *status* de saúde entre pacientes em HD. Ainda, os resultados sugeriram que a religiosidade, especialmente o enfrentamento religioso e a religiosidade organizacional desempenham um importante papel na QV e no estado de saúde de pacientes em HD. E o melhor *status* de saúde teve uma associação positiva com a religiosidade intrínseca e a organizacional. O estudo citado utilizou o Índice de

Religiosidade de Duke (DUREL), para mensurar a religiosidade dos pacientes.

De acordo com Ramirez et al. (2012), muitos estudos, na última década, têm trabalhado com os constructos espiritualidade e religiosidade e investigado sua influência para com os pacientes renais crônicos, e os resultados mostraram que estas crenças têm conduzido para uma melhor QVRS, satisfação com a vida e com a necessidade de realizar os cuidados médicos. Em seu estudo realizado em Fortaleza, Brasil, com 170 pacientes em estágio final de DRC, encontraram que a religiosidade positiva estava relacionada com melhor QV global, com o domínio de saúde mental e social, já a religiosidade negativa foi correlacionada com sintomas depressivos ou ansiedade, bem como com a pior QV global, tendo apresentado impacto negativo em todas as dimensões do WHOQOL- bref.

### **3.2 A Espiritualidade, a Qualidade de Vida e a Doença Renal Crônica**

De maneira geral, os estudos não se atentam para a diferenciação entre os conceitos de espiritualidade e de religiosidade. Alguns estudos abordaram a espiritualidade embutida no conceito de religiosidade e outros vice-versa, todavia, alguns estudos diferenciaram as duas dimensões.

Os autores trabalharam com o constructo espiritualidade, bem-estar espiritual e enfrentamento espiritual, e estes se relacionavam com melhora da QV, da satisfação com vida, da rede de suporte social, do ajustamento psicológico, além da relação com os efeitos da DRC, com a carga de sintomas, com a função cognitiva, com o sono e com a melhora da sobrevida do paciente (DAVISON, JHANGRI; 2010, 2013; KIMMEL et al., 2003; SPINALE et al., 2008).

Davison e Jhangri (2013) relataram que pacientes com DRC apresentam QV pobre e necessidades espirituais insatisfeitas. No estudo realizado em Edmonton, Canadá, encontraram que o bem-estar espiritual pode aumentar a QVRS de pacientes com DRC. Visto que o Bem-Estar Espiritual apresentou forte associação com QV geral, mental e psicológica comparada com a dimensão física. Outro achado é que os domínios da escala de ajustamento psicológico (PAIS) que são: envolvimento doméstico, relações familiares estendidas, envolvimento social e sofrimento

psicológico se associaram fortemente com o bem-estar espiritual.

As crenças existenciais podem promover bem-estar, pois auxiliam as pessoas a lidarem com sua doença e a valorizarem a si mesmas e suas vidas. O mesmo estudo ilustrou que o bem-estar espiritual foi um preditor de melhor ajustamento psicológico para a doença (DAVISON; JHANGRI, 2013).

Outro estudo, que teve por objetivo avaliar se a espiritualidade, crenças religiosas e práticas de fé estavam associadas com a sobrevivência de pacientes com DRC e verificar se havia relação entre suporte social e sobrevivência, realizado em Washington, EUA, encontrou que o aumento da espiritualidade, definida como a importância da fé, foi fortemente associado com a melhora de sobrevida em paciente, em hemodiálise. E concluiu que pacientes com alta espiritualidade possuem um aumento significativo da sua sobrevida. Em contrapartida, perceberam que o alto envolvimento religioso e a utilização da religião como mecanismos de enfrentamento não foram associados à sobrevida (SPINALE et al., 2008).

Para Kimmel et al. (2003), de acordo com o estudo realizado em Virgínia, Washington e Nova York, EUA, com 165 pacientes em hemodiálise, os fatores espirituais e psicológicos demonstraram impactar a QV destes pacientes. Observaram também que as crenças espirituais foram correlacionadas positivamente com o índice de satisfação com a vida, índice global de QV e a rede de suporte social. E a QV global foi fortemente correlacionada com as crenças espirituais nas mulheres, além do mais, os escores da escala de crenças espirituais foram fortemente associados com o sexo feminino, idade mais avançada e a etnia de africanos americanos.

A ideia principal do estudo foi apresentar dados que pudessem auxiliar o desenvolvimento de novas hipóteses, pois enfocaram o desajustamento dos pacientes e a rigorosa terapia renal a que são submetidos, e devido a isso, é necessário proporcionar novas ferramentas para avaliar a percepção dos pacientes. As implicações dos achados deste estudo são de que há necessidade de atentar mais para os sintomas físicos e preocupações psicológicas e espirituais dos pacientes (KIMMEL et al., 2003).

Davison e Jhangri (2010) descreveram que o cuidado espiritual tem sido identificado como um domínio essencial na QV de pacientes com DRC, particularmente próximo ou no fim da vida, e estudos têm verificado um forte desejo destes pacientes para que a espiritualidade seja incluída no cuidado. Ainda relatam que, na literatura atual, sobre a espiritualidade e a DRC, muitas discussões aparecem

nas publicações da área de enfermagem. E discutem a necessidade de periódicos de outras áreas refletirem sobre esta mudança na área da nefrologia, para que assim o cuidado aos pacientes em hemodiálise seja integral, com intuito de amenizar o sofrimento, seja ele físico, psicológico e espiritual dos pacientes em tratamento hemodialítico.

### **3.3 Enfrentamento religioso e espiritual utilizado pelas pessoas com Doença Renal Crônica**

A dimensão religiosa e espiritual foi relacionada a vários fatores positivos que influenciaram a saúde das pessoas, como melhora da QV, da sobrevivência, do *status* de saúde, da melhora nos exames laboratoriais, da saúde mental, da saúde psíquica, do suporte social; e como enfrentamento para as situações de sofrimento e estresse devido à DRC, além das suas consequências físicas, sociais, emocionais e espirituais. O enfrentamento religioso e espiritual pode ser utilizado como estratégia para lidar com o estresse (DAVISON, JHANGRI 2013; ELLIOTT et al., 2012; LUCCHETTI; ALMEIDA; LUCCHETTI, 2012; RAMIREZ et al., 2012; SAFFARI et al., 2013; SPINALE et al., 2008; VALCANTI et al., 2012).

O processo de tratamento da DRC é percebido como uma experiência difícil e dolorosa; embora seja essencial para a vida da pessoa, ele transforma o seu cotidiano, sua rotina, seus hábitos alimentares, entre outros aspectos, acarretando alterações na sua integridade física, emocional, social e espiritual. Nesse contexto, muitos se apegam à fé e à religião como forma de encontrar apoio e alívio para o sofrimento (VALCANTI et al., 2012).

O estudo de Valcanti et al. (2012), realizado em Minas Gerais, Brasil, com 123 pacientes em tratamento hemodialítico, obteve como resultado que todos os pacientes faziam uso do enfrentamento religioso/espiritual (CRE). Os participantes apresentaram CRE total igual ou maior que o escore médio (18%), sendo que a maior parte dos entrevistados enquadrou-se no escore alto (80%). A média dos valores de CRE total foi de 3,84 ( $s=0,327$ ), o que reflete um escore alto, ou seja, a média de utilização do CRE pelos entrevistados como estratégia de enfrentamento da doença

mostrou-se elevada. A média do CRE negativo foi de 1,49 ( $s=0,403$ ), enquadrando-se no escore irrisório. O CRE positivo apresentou associação com significância estatística com o tempo de tratamento ( $p=0,021$ ) e a importância que os indivíduos davam à religião/espiritualidade em suas vidas ( $p=0,006$ ), e observou-se que quanto menores essas duas variáveis maior apresentava-se a utilização do CRE negativo.

Nos estudos de Spinale et al. (2008) e Lucchetti, Almeida e Lucchetti (2012), o enfrentamento religioso proporcionou, respectivamente, melhor suporte social e auxílio na recuperação e tratamento da DRC.

Elliott et al. (2012), em pesquisa realizada em Mimnesota, EUA, com idosos acima de 70 anos e seus familiares, elencaram cinco temas pertencentes às crenças e às práticas religiosas dos mesmos, que foram: as crenças baseadas na fé; os significados que emergem destas crenças; as práticas religiosas dos participantes; o suporte percebido da comunidade religiosa e a descrição da angústia espiritual dos idosos. E após a análise das falas, percebeu-se que, para os participantes, é de suma relevância as regras de suas crenças e práticas religiosas, pois estas fornecem a base para a tomada de decisões e enfrentamento do dia a dia do tratamento dialítico e também dos problemas de sua vida.

O enfrentamento religioso auxilia na promoção da melhor QV dos pacientes com DRC. Diante desse contexto, o estudo de Saffari et al. (2013) sugere que a religiosidade, especialmente o enfrentamento religioso e a religiosidade organizacional, desempenha um importante papel na QV e no estado de saúde de pacientes em HD. Já no estudo de Ramirez et al. (2012), foi observado que a maioria dos pacientes em diálise depende da religião para enfrentar sua doença, e que o enfrentamento religioso está associado com sofrimento psicológico e QVRS.

Nos resultados e conclusão do estudo de Ramirez et al. (2012), os autores ainda descrevem que os achados da pesquisa possuem implicações clínicas para a gestão da DRC em pacientes em HD, pois técnicas de enfrentamento positivo podem ser particularmente benéficas em esforços para promover a QV destes pacientes; e portanto, indivíduos que estão utilizando fontes religiosas como estratégias para aumentar sua saúde são as que apresentam e relatam maior suporte e que são mais encorajadas para lidar com o sofrimento.

Ainda Davison e Jhangri (2013), concluíram que as crenças existenciais podem promover bem-estar, fornecendo informações sobre a experiência das doenças, ajudando as pessoas a lidarem e a enfrentarem sua condição crônica, além

de valorizarem a elas mesmas e a suas vidas.

### **3.4 As dimensões espirituais e religiosas vivenciadas pelos idosos com Doença Renal Crônica**

Diante da revisão de literatura realizada, foi possível extrair considerações relevantes sobre a espiritualidade e a religiosidade, bem como da QV de idosos com DRC. Tais considerações embasaram a proposta e o desenvolvimento deste estudo e estão descritas a seguir.

As dimensões espiritual e religiosa são consideradas importantes para promover a melhor QV, melhorar a reabilitação, aumentar a sobrevida e o *status* de saúde, seja ele físico, emocional, ambiental, psicológico e/ou social.

A espiritualidade e a religiosidade foram descritas e discutidas na revisão de literatura realizada, todavia o constructo religiosidade apareceu com maior frequência, seja como religiosidade intrínseca, organizacional, não organizacional ou enfrentamento religioso. Possivelmente pela maior facilidade de mensuração desta dimensão, quando comparada à espiritualidade que é um conceito embasado em algo subjetivo e de difícil mensuração. No entanto, é essencial a realização de pesquisas que envolvam os dois constructos, a religiosidade e a espiritualidade, pois são importantes para o bem-estar geral dos pacientes com DRC.

Dificuldades e limitações foram citadas, frequentemente, nos estudos desenvolvidos a partir destes constructos, tais como a restrição de local para a realização das pesquisas que têm sido desenvolvidas em um único centro de diálise ou no máximo três, com uma população originada do Sistema Único de Saúde Brasil e outras apenas clínicas particulares; a seleção de participantes com inclusão de grupos específicos, como pessoas de uma única etnia ou com predomínio de uma única religião; e ainda perfis de idades, características sociodemográficas, sociais e limitações físicas divergentes entre participantes do mesmo estudo. Diante do exposto, considerou-se imprescindível a realização do atual estudo que pudesse abordar os constructos da religiosidade e da espiritualidade, na tentativa de controlar os fatores citados e incluir aspectos situacionais relevantes para o estudo da temática.

Agregada à exploração dos referenciais teóricos e conceituais nas pesquisas analisadas na revisão da literatura, foram também estudados os respectivos instrumentos disponíveis para mensuração dos constructos de interesse. E diante da análise dos instrumentos disponíveis para a cultura brasileira e que têm demonstrado boas propriedades psicométricas de validade, confiabilidade e reprodutibilidade no meio científico, foram selecionados para uso neste estudo o Índice de religiosidade de Duke (KOENIG; BÜSSING, 2010; TAUNAY et al. 2012 ), a Escala de Bem-Estar Espiritual (PALOUTZIAN, ELLISON 1982a; MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009) e a Escala de *Coping* Religioso e Espiritual (KOENIG, 2001, PANZINI et al. 2011).

A realização desta pesquisa possibilitará reconhecer a relação existente entre a QV dos idosos e os constructos bem-estar espiritual, religiosidade e o enfrentamento religioso e espiritual. Pois com a mudança do perfil epidemiológico e de saúde da população, aumento da expectativa de vida, baixa natalidade e mortalidade, aumento das doenças crônicas e a presença de necessidades físicas, emocionais, psicológicas, existenciais do próprio processo de envelhecimento, faz-se necessário que incrementem estudos para esta faixa etária, para que a assistência seja prestada de forma eficaz, singular, com melhor qualidade, para a integralidade do cuidado.

Ainda se torna importante o desenvolvimento desta pesquisa para reconhecer a importância das dimensões religiosas e espirituais para o idoso que realiza hemodiálise e o quanto elas representam e estão relacionadas ao tratamento hemodialítico, além de objetivar o levantamento das necessidades de saúde sobre estas dimensões para que assim os profissionais possam prestar um cuidado integral. Nos estudos encontrados nesta revisão de literatura, apenas um abordou esses conceitos com a população idosa. E ainda espera-se que os resultados encontrados motivem e estimulem a inclusão da abordagem dos constructos espiritualidade e religiosidade na assistência, em instituições hospitalares, de saúde pública e de ensino.

*“A mera formulação de um problema é muito mais essencial do que a solução, a qual pode ser meramente uma questão de habilidade matemática ou experimental. Levantar novas questões, novas possibilidades, olhar velhos problemas de um novo ângulo, requer imaginação criativa e marcar real de um avanço na ciência.”*

*Albert Einstein*

## ***4. MATERIAIS E MÉTODOS***

---



## **4.1 Tipo de estudo**

Estudo transversal e correlacional e com abordagem quantitativa.

Nos estudos transversais, todas as medidas são feitas em um único momento no tempo, sem período de seguimento, no qual a população é definida geograficamente ou segundo algumas características específicas. Os objetivos deste tipo de estudo são fornecer evidências empíricas capazes de gerar hipóteses epidemiológicas, além de estimar a prevalência de doenças ou agravos à saúde em subgrupos populacionais com características específicas dentro da mesma população investigada. São estudos úteis para doenças razoavelmente longas (PORTA, 2008).

A pesquisa quantitativa tem a finalidade de quantificar resultados, realizando comparações entre as variáveis, objetivando uma representatividade numérica e permitindo, assim, avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças. Eles tratam de probabilidades e associações com significância estatística, importantes para se conhecer uma realidade (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Devido a diversas experiências e estudos acadêmicos, percebeu-se que o campo da saúde é produto de uma realidade complexa que envolve aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais (MARCONI; LAKATOS, 2006). Nele, muitas vezes há a necessidade de avaliar subjetivamente e quantificar valores, atitudes e crenças dos grupos para quem as ações se dirigem.

## **4.2 Local da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido nas cinco Unidades de Diálise do município de Ribeirão Preto - SP, que são: Unidade de Diálise do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto-SENERP, Clínica Lundi de Nefrologia situada no prédio do Hospital Beneficência Portuguesa, Clínica de Hemodiálise do Hospital São Paulo e do Hospital São Francisco.

O HCFMRP-USP é uma autarquia, mantida pelo governo do Estado de São Paulo, sendo vinculada à Secretaria de Estado e associada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Em setembro de 2013, trinta e quatro (34) idosos realizaram hemodiálise nesta Unidade.

O Serviço de Nefrologia de Ribeirão Preto (SENERP) é uma instituição privada que atende a conveniados e usuários do SUS. No período de coleta dos dados, possuía 105 idosos realizando hemodiálise.

A Clínica Lundi de Nefrologia e a Clínica de Hemodiálise do Hospital São Paulo são instituições privadas que também atendem a conveniados e usuários do SUS. Nestas unidades realizavam tratamento hemodialítico, 71 e 74 idosos, respectivamente.

A Clínica de Hemodiálise do Hospital São Francisco atende exclusivamente a conveniados, com um total de 17 idosos, na ocasião da realização do estudo.

### **4.3 Participantes da pesquisa e procedimento de coleta de dados**

Nas Unidades de Diálise pesquisadas, havia um total de 301 idosos que realizavam hemodiálise. Para a coleta dos dados, todos os idosos que atenderam aos critérios de seleção foram considerados participantes do estudo.

Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram:

- ✓ Ser idoso (pessoas com 60 anos ou mais de idade);
- ✓ Possuir doença renal crônica e estar em tratamento hemodialítico regular, nas cinco instituições de saúde referidas.
- ✓ Ter iniciado o tratamento em um período superior a seis meses;
- ✓ Apresentar condição clínica estável;
- ✓ Ser capaz de comunicar-se verbalmente;
- ✓ Ter funções cognitivas preservadas, de acordo com o Miniexame do Estado Mental- Mini Mental (BERTOLUCCI et al., 1994).

Dos 301 idosos que realizavam tratamento hemodialítico, foram incluídos 169 participantes. Entre os motivos pelos quais os idosos não participaram do estudo estavam: déficits cognitivos, complicações clínicas (doença de Alzheimer, confusão

mental) e internações, óbitos, dificuldade de entendimento da língua portuguesa, recusas, mudança de modalidade ou transplante e início do tratamento hemodialítico inferior a seis meses.

A seguir, está apresentado o fluxograma das etapas de inclusão dos idosos na pesquisa e composição dos participantes do estudo.

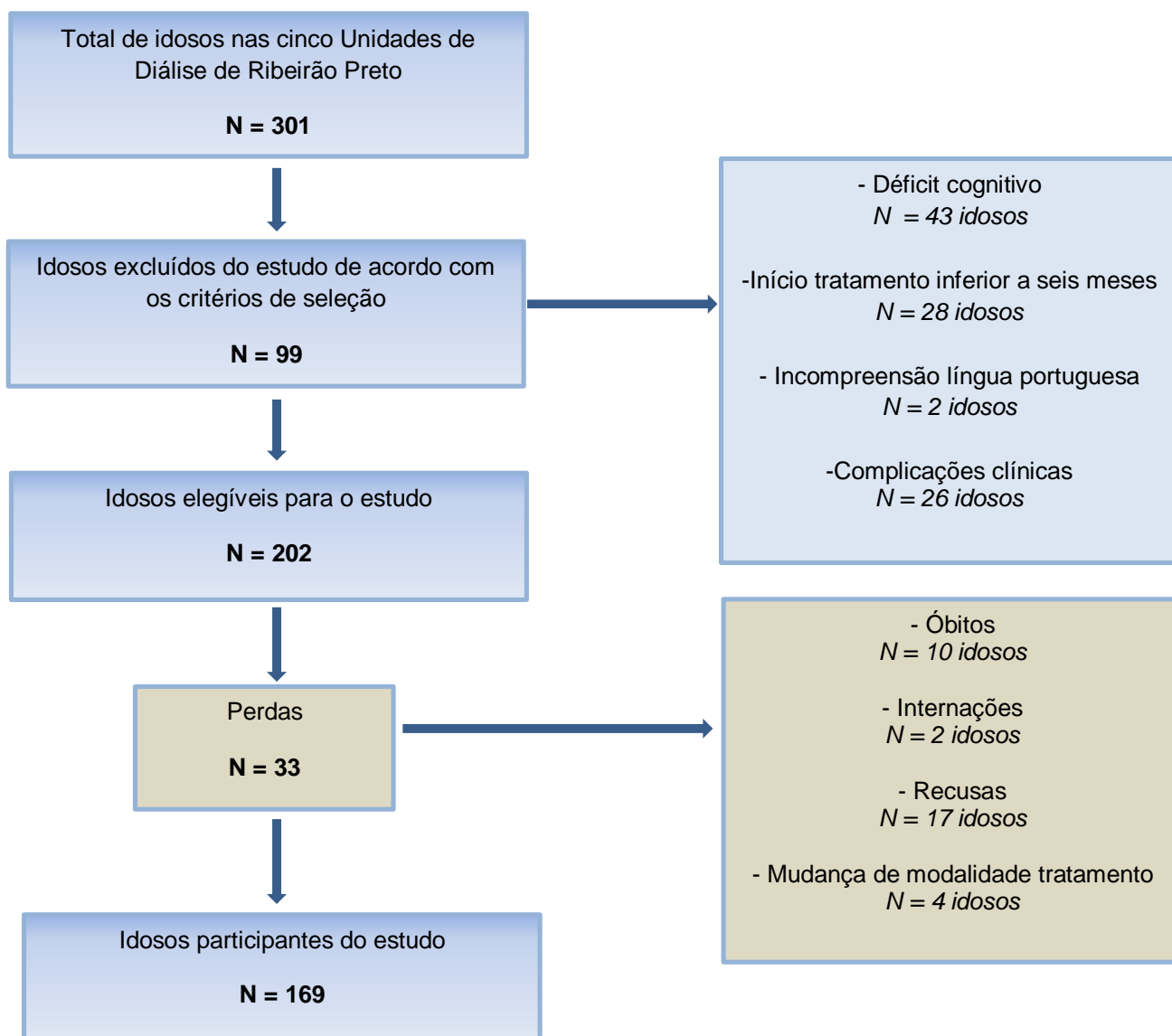


Figura 1 - Fluxograma das etapas de inclusão dos idosos na pesquisa e composição dos participantes do estudo

A coleta de dados foi iniciada no dia 10 de setembro e finalizou-se no dia 13 de novembro de 2013. A técnica utilizada para coletar os dados foi a entrevista, realizada pela pesquisadora, durante as duas primeiras horas da sessão de hemodiálise de cada idoso. Foram realizadas de 3 (três) a 9 (nove) entrevistas diárias, distribuídas nos três turnos de hemodiálise, com tempo médio de cada entrevista de 48 minutos (mínimo 25 minutos e máximo de 90 minutos).

Para a coleta de dados, utilizaram-se sete instrumentos: Miniexame do Estado Mental – MEEM (BERTOLUCCI et al., 1994); Questionário relacionado com a situação sociodemográfica, econômica, religiosa e de saúde do idoso; a Escala de

Bem- Estar Espiritual (MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009); o Índice de Religiosidade de Duke (TAUNAY et al., 2012) ; a Escala de *Coping* Religioso e Espiritual Abreviada - CRE abreviada (PANZINI et al. 2011); o Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL bref (FLECK et al. 2000) e WHOQOL-old (FLECK;CHACHAMOVIC; TRENTINI, 2006).

A coleta de dados se estruturou em duas fases, descritas a seguir:

### **1. Aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEM)**

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi utilizado para avaliar o nível cognitivo dos idosos e realizar um rastreamento dos idosos com déficit cognitivo, de acordo com Bertolucci et al. (1994). É um exame simples, de rápida aplicação e passível de reaplicação. Dispensa material complementar e conhecimento especializado, de modo a ser usado por profissionais da saúde em todo o mundo.

Bertolucci et al. (1994) descrevem que deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de vocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), o faz de maneira superficial. As notas de cortes adotadas foram as sugeridas por Bertolucci et al. e (1994) são: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média (1 a 8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (mais de 8 anos de estudo).

Os idosos que alcançaram o escore mínimo do MEEM, de acordo com sua escolaridade, foram incluídos na pesquisa, pois foram considerados em condições para compreender e responder às questões dos instrumentos, uma vez que não demonstraram déficit cognitivo.

### **2. Aplicação dos instrumentos descritos a seguir:**

#### ***Instrumento de Caracterização Sociodemográfica, Econômica, Religiosa e de Saúde***

Este instrumento é uma versão adaptada de Kusumota (2005) e, para esta pesquisa, foi submetido à avaliação de face e conteúdo por três especialistas da área de nefrologia, saúde do idoso e espiritualidade (APÊNDICE I).

- ✓ Variáveis sociodemográficas e econômicas: sexo; idade; cor da pele; local de residência; estado conjugal; número de filhos; anos de estudo; tipo de renda; renda familiar; tipo de moradia; com quem reside.
- ✓ Variáveis religiosas: religião; considera-se religioso; crença em algo subjetivo; importância da religião; importância da espiritualidade; mudança da espiritualidade e religiosidade, depois do aparecimento da doença.
- ✓ Variáveis relacionadas à saúde: percepção atual de saúde; percepção de mudança na QV após início da diálise; participação em grupos de convivência; comorbidades; tempo de hemodiálise; fez transplante; é candidato a transplante e internação nos últimos seis meses.

### ***Instrumento de Avaliação do Bem-Estar Espiritual***

A avaliação do Bem-Estar Espiritual realizou-se por meio da aplicação da Escala de Bem-Estar Espiritual. Esta escala foi elaborada com a intenção de complementar os indicadores objetivos nas avaliações de QV nos Estados Unidos, principalmente sentimentos e percepções dos respondentes. Para a criação da escala, Paloutzian e Ellison (1982a) tomaram por base uma dimensão vertical e outra horizontal. Essas dimensões se tornaram os dois fatores medidos pela escala: o bem-estar religioso (BER) (números ímpares da escala) representa a dimensão vertical, satisfação na conexão pessoal com Deus ou com algo que se considere como absoluto; e o bem-estar existencial (BEE) (números pares da escala), dimensão horizontal que se refere à percepção da pessoa em relação ao propósito da vida independente de uma referência religiosa. A escala possui um total de 20 itens que, no final de mensuração, resulta no BEE total do indivíduo.

A escala foi testada por Paloutzian e Ellison (1982b), sendo que a análise fatorial revelou que os itens se agrupavam como o esperado, utilizando a rotação varimax. Os itens religiosos carregaram no fator religioso, e os itens existenciais em dois fatores, um de direção de vida e outro de satisfação de vida. No estudo de Paloutzian e Ellison (1982a), a correlação entre as duas subescalas, a de bem-estar religioso e a de bem-estar existencial, foi 0,32 ( $p < 0,001$ ); os coeficientes de fidedignidade foram 0,93 para Bem-Estar Existencial, 0,96 para Bem-Estar Religioso e 0,86 para o fator geral, Bem-Estar Espiritual total. As análises revelaram alta fidedignidade e consistência interna.

No estudo de validação da escala de Bem-Estar Espiritual para o Brasil, por Marques, Sarriera e Dell'Aglio (2009), encontrou-se uma consistência interna de 0,92 para a Bem-Estar Espiritual total; 0,92 para o fator 1, (Bem-Estar Religioso); e 0,85 para o fator 2 (Bem-Estar Existencial). Esses números revelam alta consistência interna entre os itens da escala na amostra. Também análises fatoriais foram realizadas, e a solução de dois fatores foi a mais adequada, explicando 47,97% da variância total. A Bem-Estar Espiritual mostrou-se um instrumento coeso, enxuto e de fácil compreensão nas variadas idades e condições sociais.

A respeito de seus 20 itens, com seis opções de resposta tipo likert: Concordo Totalmente (CT), Concordo mais que discordo (Cd), Concordo Parcialmente (CP), Discordo Parcialmente (DP), Discordo mais que concordo (Dc), e Discordo Totalmente (DT) que resultam de 1 a 6 (sendo 1 o menor bem-estar espiritual e 6 o maior), podem ser respondidos em cinco minutos e mensuram o construto a que se propõe. As questões com conotação positiva (3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19, 20,) têm sua pontuação somada do seguinte modo: CT =6, CP =5, CD = 4, DC = 3, DP = 2 e DT =1. As demais questões são negativas e devem ser somadas de forma invertida (CT=1, Cd=2, CP=3 e assim por diante). O total da escala é a soma das pontuações destas 20 questões, e os escores podem variar de 20 a 120 (MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009).

Para obter o escore total da escala Bem-Estar Espiritual, ocorre a somatória dos itens positivos e negativos da escala que são avaliados da seguinte forma: - variação do escore de 20 – 40 reflete baixo Bem-Estar Espiritual total; - variação de 41 – 99 reflete moderado Bem-Estar Espiritual total; - variação de 100 – 120 reflete alto Bem-Estar Espiritual total. Para a subescala Bem-Estar Religioso, os escores são: - variação do escore de 10 – 20 reflete uma relação com Deus insatisfatória (baixo Bem-Estar Religioso); - variação de 21 – 49 reflete moderado Bem-Estar Religioso; - variação de 50 – 60 reflete uma relação com Deus positiva (alto Bem-Estar Religioso). Para a subescala Bem-Estar Existencial, os escores são: - variação do escore de 10 – 20 sugere baixa satisfação com a vida e possível falta de clareza sobre o propósito da mesma (baixo Bem-Estar Existencial); - variação de 21 – 49 sugere moderada satisfação e propósito de vida (moderado Bem-Estar Existencial); - variação de 50 – 60 sugere alta satisfação com a vida e clareza sobre o propósito da mesma (alto Bem-Estar Existencial) (PALOUTZIAN; ELLISON, 1982a).

Para esta pesquisa, a Bem-Estar Espiritual total apresentou consistência

interna de 0,88, e as subescalas Bem-estar existencial e Bem-estar religioso apresentaram consistência interna de 0,78 e 0,86, respectivamente, refletindo boa consistência interna.

Foi estabelecido contato com a responsável pela tradução da versão brasileira da Escala de Bem-Estar Espiritual, Luciana Fernandes Marques, por mensagem eletrônica, para solicitação de permissão para utilização do instrumento, que orientou estabelecer contato com os autores da escala original. Foi feito contato, também, com os autores responsáveis pela sua construção e validação da escala (Raymond F. Paloutzian e Craig W. Elisson) (APÊNDICE II). Para a utilização da escala de Bem-Estar Espiritual, foi necessário realizar o cadastro e pagamento por meio do site: <http://www.lifeadvance.com/>.

### ***Instrumento de Avaliação da Religiosidade***

Para avaliar a religiosidade dos idosos, utilizou-se o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). Este é um índice de cinco itens, desenvolvido por Koenig e Bussing (2010) que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde, que são: - ***Religiosidade Organizacional*** (RO, item 1): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); ***Religiosidade Não Organizacional*** (RNO, item 2): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.); - ***Religiosidade Intrínseca*** (RI, itens 3-5): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos (KOENIG; BÜSSING, 2010).

As opções de resposta dos três últimos itens são em escala do tipo *Likert* e foram derivadas da escala de 10 itens de religiosidade intrínseca de Hoge (KOENIG; BÜSSING, 2010; KOENIG; PARKERSON; MEADOR, 1997). O DUREL é um instrumento sucinto e de fácil aplicação que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizado em diversas culturas para esse fim.

A validação da versão brasileira do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) foi realizada por Taunay et al. (2012). Os achados sugeriram que esse instrumento é confiável e válido para uso em populações universitárias e psiquiátricas



brasileiras. Este índice teve adequada consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach  $> 0,80$ ) e confiabilidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclasse  $> 0,90$ ), em ambas as amostras pesquisadas. Também foram observadas correlações moderadas entre as subescalas do DUREL ( $0,58 < r < 0,71$ ).

Para a análise dos dados obtidos com a aplicação do índice, é necessário inverter os itens das subescalas e fazer a somatória, de forma que os escores maiores refletem maior religiosidade. Para a RI, a conversão resulta na seguinte forma: 1=5;2=4; 3=3; 4=2; 5=1, nas RO e RNO: 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1. Além disso, para fins de comparação com outros estudos, a variável religiosidade foi dicotomizada em: RO – Baixa: menor ou igual a algumas vezes/ano (itens 4, 5 e 6); RO – Alta: maior ou igual a duas a três vezes por mês (itens 1, 2 e 3). RNO – Baixa: uma vez por semana ou menos (itens 4, 5 e 6); RNO – Alta: duas ou mais vezes por semana (itens 1, 2 e 3). RI – Baixa: menor ou igual a “não estou certo” (itens 3, 4 e 5); RI – Alta: maior ou igual a “em geral é verdade” (itens 1 e 2 invertidos) (ALMINHANA, et al., 2013).

Para esta pesquisa, o Índice de Religiosidade de Duke apresentou consistência interna de 0,73.

Foi estabelecido contato com os responsáveis pela tradução da versão brasileira do Índice de Religiosidade de Duke, Tauly Claussen D'Escragno Taunay e André Ferrer Carvalho por mensagem eletrônica e obtenção da permissão para utilização do instrumento (APÊNDICE III).

### ***Instrumento para Avaliação do Enfrentamento Religioso e Espiritual***

Para avaliar o enfrentamento religioso e espiritual da situação crônica de saúde pelos idosos, utilizou-se a Escala *Coping* Religioso Espiritual (CRE) abreviada. A instrução do instrumento fornece, basicamente, os conceitos de enfrentamento religioso-espiritual e de estresse, pede a descrição breve da situação de maior estresse que a pessoa vivenciou nos últimos três anos e solicita que a pessoa responda o quanto fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com a situação estressante (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

A CRE é uma adaptação da versão original em inglês da escala RCOPE (*Scale Positive and Negative Religious Coping*) (KOENIG, 2001), foi traduzida e adaptada à cultura brasileira. Tal processo se deu por meio da análise de entrevistas

semiabertas com 10 líderes/expoentes religiosos (religiões católica, evangélica, espírita kardecista, judaica, batuque e um representante sem religião, mas espiritualizado) para averiguar e receber sugestões quanto à tradução da escala, identificar estratégias de CRE ainda não contempladas, testar a compreensão dos termos religiosos generalizados e buscar critério adequado para a redução do número de itens da escala original de cinco para três variações frasais das 21 estratégias de CRE identificadas.

Para essa redução, solicitou-se que cada entrevistado elege-se os dois itens mais descartáveis de cada cinco, para serem retirados. Como resultado destas entrevistas, em relação à RCOPE original, 28 itens foram modificados, 42 foram descartados e 33 foram acrescentados (3 variações frasais de novas 11 estratégias de CRE identificadas), resultando numa escala com 96 itens que contemplam a CRE completa, sendo que a abreviada, que será utilizada neste estudo foi validada por Panzini, et al. (2011) e possui 49 itens.

Os 49 itens da Escala de CRE Abreviada estão divididos em duas dimensões, CRE Positivo, 34 itens, sete fatores e CRE Negativo, 15 itens, quatro fatores, quatro índices gerais e 11 fatoriais pela média dos itens, resultados de 1 a 5 para utilização de CRE. As respostas são dadas em escala tipo Likert de cinco pontos (1-nem um pouco a 5-muitíssimo) (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

Na validação da versão brasileira dessa escala, houve adaptação da RCOPE, e itens nacionais foram criados (conforme 2º passo do método de Beaton & cols., 2000), obteve-se consistência interna  $\alpha = 0,93$  (CRE positivo  $\alpha = 0,95$ ; CRE Negativo  $\alpha = 0,79$ ) e entre 0,60 e 0,89 para os fatores. Nas análises fatoriais exploratórias, o conjunto total de itens explicou 59,80% da variância. Também foram realizados estudos de validade de conteúdo, os quais demonstraram que as soluções fatoriais finais das duas dimensões do CRE sustentaram razoavelmente a estrutura teórica da escala. Os índices da Escala CRE, em geral, correlacionaram-se bem com as outras medidas religioso-espirituais avaliadas (variáveis de construtos similares), confirmando sua validade convergente (PANZINI; BRANDEIRA, 2005; PANZINI et al., 2011).

De acordo com os autores supracitados, a Escala CRE abreviada é válida, fidedigna e avalia aspectos positivos e negativos do uso da religiosidade e da espiritualidade para manejo do estresse, visto que constitui um instrumento compreensivo, teórico e empiricamente embasado, funcionalmente orientado,

cl clinicamente significativo e útil às várias áreas da pesquisa científica.

A classificação dos escores da escala é a seguinte:

- ✓ 1,00 a 1,50: nenhuma ou irrisória utilização de CRE;
- ✓ 1,51 a 2,50: baixa utilização de CRE;
- ✓ 2,51 a 3,50: média utilização de CRE;
- ✓ 3,51 a 4,50: alta utilização de CRE;
- ✓ 4,51 a 5,00: altíssima utilização de CRE.

Para esta pesquisa, a escala CRE apresentou consistência interna de 0,99.

Foi estabelecido contato com a responsável pela tradução da versão brasileira da CRE abreviada, Raquel Panzini, por mensagem eletrônica, para obtenção de permissão para utilização do instrumento (APÊNDICE IV).

### ***Instrumento de Avaliação de Qualidade de vida***

Para mensurar a QV dos idosos, utilizaram-se o WHOQOL abreviado (bref) e o WHOQOL – Old.

O WHOQOL-bref é um dos mais influentes instrumentos de campo, usado para mensurar a QV e pesquisar a saúde mental e física do indivíduo, tendo sido projetado para fazer um corte cultural e comparar a evolução da QV das populações nas quais é aplicado, sendo reconhecido internacionalmente. Este instrumento investiga o contexto cultural, sistema de valores, os ideais e os objetivos de vida das pessoas. O seu desenvolvimento teve como objetivo colaborar e auxiliar as pesquisas de campo, mundialmente (BLAY; MARCHESONI, 2011; FLECK et al., 2000).

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais (24 questões) representam cada uma das 24 facetas, divididas em quatro domínios (físico, social, psicológico e meio ambiente) que avaliam aspectos específicos da vida da pessoa, conforme descrito abaixo:

- ✓ - “Físico” - dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho;
- ✓ - “Psicológico” - sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais;

- ✓ - “Relações sociais” - relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual;
- ✓ - “Meio ambiente” - segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (FLECK et al., 2000).

Assim, no WHOQOL-bref, cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Cada item possui escores de 1 a 5, em escala tipo likert, que são transformados numa escala linear que varia de 0 a 100 (0 = QV menos favorável e 100 = a mais favorável QV), quanto mais perto de 100 melhor a QV (CRUZ et al., 2011; FLECK et al., 2000).

A validação da versão brasileira mostrou boa consistência interna (Alpha de Cronbach de 0,77 nos domínios e 0,91 para as questões), boa validade discriminante e confiabilidade no teste e reteste (coeficientes de correlação variaram de 0,69 a 0,81). Com exceção do domínio relações sociais, todos os domínios aparecem num modelo linear que explica 44% da variância. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros, em 18 países diferentes (FLECK et al., 2000).

Para a complementação da avaliação da QV dos idosos neste estudo, foi utilizado também o WHOQOL-old que consiste em um módulo para avaliação da QV de idosos. A versão em português do questionário foi validada por Fleck, Chachamovic; Trentini (2006) e representa uma alternativa útil e com bom desempenho psicométrico na investigação de QV em idosos, visto que aborda questões referentes aos pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos da QV, direcionada a membros mais velhos da sociedade. Ele instrui que o idoso tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações e que pense na sua vida nas duas últimas semanas, para então responder. As respostas do WHOQOL-old seguem uma escala do tipo Likert (pontuação de 1 a 5) com escala de intensidade (nada a extremamente), capacidade (nada a completamente) e avaliação (muito insatisfeito ao muito satisfeito; muito ruim ao muito bom; muito infeliz ao muito feliz) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

O questionário consiste em 24 itens de uma escala tipo Likert atribuídos a seis facetas: Funcionamento do Sensório, Autonomia, Atividades Passadas,

Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade. Cada uma das facetas possui 4 itens, podendo obter valores entre 4 e 20 pontos em cada faceta. A soma dos escores das facetas resulta no escore geral para a QV em idosos (FLECK, 2000; FLECK; CHACHAMOVIC; TRENTINI, 2006).

A validação da versão brasileira mostrou boa consistência interna, e os dados foram adequados quando avaliados pela faceta ou pelo conjunto de itens que vão desde 0,710 (autonomia) a 0,885 (geral). Todas as facetas e os escores totais indicaram diferenças significativas quando comparadas entre os grupos, demonstrando adequada validade discriminante. O modelo de análise fatorial utilizado explicou 51,1% de variância da variável dependente (FLECK; CHACHAMOVIC; TRENTINI, 2006).

Cada faceta avalia aspectos específicos da vida do idoso, conforme descrito abaixo (SANTOS, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006):

- ✓ “Habilidades sensoriais” - funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na vida do idoso;
- ✓ “Autonomia” - refere-se à independência na velhice, ou seja, descreve até que ponto o idoso é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões;
- ✓ “Atividades passadas, presentes e futuras (PPF)” - satisfação em relação às conquistas na vida e coisas a que se anseia;
- ✓ “Participação Social” – participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade;
- ✓ “Morte e Morrer” - preocupações, inquietações e temores relacionados à morte e morrer;
- ✓ “Intimidade” - capacidade de ter relações pessoais e íntimas.

É importante destacar que, por se tratar de um módulo complementar, o WHOQOL-old, por si só, não avalia a QV do idoso; para que isso seja possível é indispensável sua aplicação em conjunto com o WHOQOL-100 ou WHOQOL-bref (SANTOS, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Nesta pesquisa, o instrumento WHOQOL-bref apresentou consistência interna de 0,80 e o WHOQOL-old de 0,71.

Foi estabelecido contato com o coordenador do grupo de estudos sobre QV (grupo WHOQOL brasileiro), Marcelo Fleck, por mensagem eletrônica, para obtenção de permissão para utilização dos instrumentos, WHOQOL – old e WHOQOL – bref

(APÊNDICE V).

#### **4.4 Estudo-piloto**

Para realizar o teste-piloto, a pesquisadora entrevistou 10 idosos que realizavam hemodiálise na Unidade de Diálise do HCFMRP/USP e foram considerados algumas percepções e aspectos relacionados aos instrumentos e ao procedimento de coleta de dados, descritos a seguir:

- ✓ O tempo de realização de cada entrevista dependia da crença de cada idoso. No teste- piloto, o tempo mínimo de realização de cada entrevista foi de 40 minutos.
- ✓ As questões necessitavam de uma interpretação por parte dos idosos, para que assim possibilitassem reflexões sobre o assunto.
- ✓ Na Escala de CRE abreviada, emergiu a necessidade de explicar aos participantes que as perguntas estavam relacionadas com a própria religião.
- ✓ Para os participantes que não atingiram escore no MEEM, não havia como aplicar os instrumentos da pesquisa devido à complexidade e profundidade das perguntas.

De forma geral, a realização do teste-piloto demonstrou viabilidade para aplicação dos instrumentos em forma de entrevista e, portanto, para a realização da pesquisa propriamente dita. E após a experiência com o mesmo, não houve necessidade de mudanças no procedimento de coleta de dados e nos instrumentos.

#### **4.5 Processamento e análise dos dados**

Para a análise dos dados, elaborou-se uma planilha no programa Excel (2013) para Windows, com realização de dupla digitação, validação e conferência dos dados. Todas as análises foram realizadas por meio do software SAS® 9.1, utilizando a PROC CORR (SAS INSTITUTE, 1999).

Para as análises descritivas dos dados sociodemográficos, econômicos,

religiosos, de saúde, do Bem-Estar Espiritual, religiosidade, enfrentamento religioso e espiritual e QV, foram utilizadas medidas de posição, dispersão e variabilidade (média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos) para as variáveis quantitativas e de frequência simples (número e porcentagem) para as variáveis categóricas.

Para avaliar a consistência interna dos questionários e escalas, empregou-se o *Alpha* de Cronbach ( $\alpha$ ), sendo considerado o valor de 0,7 como mínimo ideal, mas também pode se aceitar 0,6 para pesquisas exploratórias (CRONBACH, 1951).

Ainda, foram geradas análises de frequência bivariada. De acordo com os objetivos do estudo, propôs-se a utilização do coeficiente de correlação de Pearson. Este coeficiente é uma medida de correlação paramétrica, isto é, ele avalia a relação entre duas variáveis quantitativas que refletem a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Para interpretação dos coeficientes de correlação de Pearson, utilizou-se como referência, Polit (1996):

- $0 \leq |rs| < 0,3$  = correlação fraca;
- $0,3 \leq |rs| < 0,7$  = correlação moderada;
- $0,7 \leq |rs| \leq 1$  = correlação forte.

Este coeficiente foi utilizado para estimar e testar a correlação linear entre as variáveis quantitativas (idade, anos de estudo, renda, comorbidades, frequência de internações e tempo de hemodiálise) com os escores da escala de Bem-Estar Espiritual, os escores da escala de CRE, do Índice de Religiosidade de Duke e de QV do WHOQOL - bref e WHOQOL - old. Além de avaliar a correlação entre os escores de QV com os das escalas (Bem-Estar Espiritual, CRE e índice de religiosidade).

Ainda para atender ao objetivo de analisar a relação entre nível de bem-estar espiritual, a religiosidade e o enfrentamento religioso e espiritual com a QV dos idosos, realizou-se uma regressão linear simples com intuito de verificar quanto o modelo de regressão explica esta relação. Este modelo ainda determina como duas variáveis se relacionam, estima a função que determina a relação entre as variáveis e ainda apresenta o coeficiente de determinação ou simplesmente  $R^2$ , que é uma medida da proporção da variabilidade em uma variável que é explicada pela variabilidade da outra (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Foi construído um modelo de regressão linear, e obteve-se uma estimativa média do coeficiente de inclinação da reta e uma reta para cada uma das escalas.

Utilizou-se o procedimento PROC REG do *software* SAS® 9.0 para o ajuste dos coeficientes da reta, e utilizou-se o *software* R, para a execução do gráfico e plotagem da reta.

O nível de significância adotado neste estudo foi de 5%.

#### **4.6 Aspectos éticos da pesquisa**

Solicitou-se às chefias dos cinco serviços de hemodiálise supracitados autorização para a coleta de dados. A seguir, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EERP-USP para serem apreciados os aspectos éticos e teve o parecer “aprovado” com nº 051/2013 (Anexo I).

Os idosos foram convidados a participar do estudo, receberam informações sobre a pesquisa e assinaram as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE VI). Cada idoso ficou com uma via e a outra com a pesquisadora, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.



*“Acho que os sentimentos se perdem em palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados”  
Florence Nightingale*

## ***5. RESULTADOS***

---

---

Logo abaixo estão apresentados os resultados da pesquisa. Primeiramente, serão apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas, de saúde e religiosas dos participantes. Em seguida, os resultados da Escala de Bem-Estar Espiritual; do Índice de Religiosidade de Duke; da Escala de Coping Religioso e Espiritual Abreviada - CRE abreviada e do questionário de Qualidade de Vida WHOQOL bref e WHOQOL-old. Logo após, estão apresentados os resultados referentes às correlações das variáveis e o modelo de regressão linear que respondem aos objetivos propostos.

## **5.1 Caracterização sociodemográfica, econômica, de saúde e religiosa dos idosos que realizavam hemodiálise**

Dos 169 idosos que participaram da pesquisa, 125 (74%) eram do sexo masculino, enquanto 44 (26%) eram do sexo feminino. A idade variou entre 60 e 99 anos, com média de 70,1 anos ( $dp= 6,98$ ), a faixa etária que apresentou maior distribuição de pacientes foi entre 60-69 anos (90; 53,3%). Houve predomínio da cor da pele branca (108; 63,9%), em seguida da cor preta (35; 20,7%) (Tabela 01).

Ainda na Tabela 1, o estado civil mais relevante na amostra foi “casado ou residem com o companheiro(a)” (110; 65,1%), sendo que dessa porcentagem, 53,8% eram homens e 11,3%, mulheres. Ainda, 11,8% das mulheres referiram viuvez, com maior evidência que os homens (8,9%). Apenas 8 (4,7%) referiram ser solteiros e 19 (11,2%) residiam sozinhos, 50 (29,6%) residiam com companheiro(a) e 48 (28,4%), com cônjuge e filhos. A média do número de filhos foi de 3,3 ( $dp= 2,3$ ), com máximo de 11 filhos.

A maioria dos idosos estudou de 1 a 4 anos de estudo (87; 51,5%), seguido de 10 anos ou mais (39; 23,1%), sendo significativo o número de homens com mais de 10 anos de estudo (34; 20,1%). A média de anos de estudo foi de 5,9 ( $dp=4,9$ ). Ainda 71% dos homens e 23% das mulheres referiram saber ler e escrever.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, segundo sexo dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis sociodemográficas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Faixa etária</b>						
60-69 anos	68	40,2	22	13,0	90	53,3
70-79 anos	46	27,2	14	8,3	60	35,5
80 e mais	11	6,5	8	4,7	19	11,2
<b>Cor da pele</b>						
Branca	80	47,3	28	16,6	108	63,9
Preta	23	13,6	12	7,1	35	20,7
Parda	13	7,7	4	2,4	17	10,1
Amarela	8	4,7	-	-	8	4,7
Sem declaração	1	0,6	-	-	1	0,6
<b>Estado civil</b>						
Casado/reside com companheiro	91	53,8	19	11,3	110	65,1
Viúvo	15	8,9	20	11,8	35	20,7
Divorciado/Separado	13	7,7	3	1,8	16	9,5
Solteiro	6	3,5	2	1,1	8	4,7
<b>Com quem reside</b>						
Somente com Companheiro(a)	45	26,6	5	3,0	50	29,6
Cônjuge e filhos	39	23,1	9	5,3	48	28,4
Sozinho(a)	14	8,3	5	3,0	19	11,2
Somente com os filhos	12	7,1	11	6,5	23	13,6
Outros	14	8,3	11	6,5	25	14,8
Cônjuge, filhos, genro ou nora	1	0,6	3	1,8	4	2,4
<b>Sabe ler e escrever</b>						
Sim	120	71,0	39	23,0	159	94,1
Não	5	3,0	5	3,0	10	5,9
<b>Anos completos de estudo</b>						
Nenhum	10	6,0	4	2,4	14	8,3
1 a 4	63	37,3	24	14,2	87	51,5
5 a 9	18	10,6	11	6,5	29	17,2
10 ou mais	34	20,1	5	3,0	39	23,1

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados sobre a situação econômica dos idosos. Obteve-se como resultado que 124 (73,4%) dos homens e 40 (23,7%) das mulheres possuíam renda. A média da renda foi de 1.890,00 (dp= 2.041,10 reais) e o mínimo de zero e o máximo de 12.000,00 reais.

Quanto à renda mensal informada, 95 (57,2%) recebiam de um a dois

salários- mínimos(SM) e apenas cinco (3,0%) menos de um SM. Em relação aos meios de obtenção de renda, 103 (62,8%) não apresentavam vínculo com trabalho e se mantinham com a aposentadoria. Ainda 13 (7,7%) das mulheres eram beneficiadas com pensão; e 21 (12,8%), do total, eram aposentados e ainda possuíam algum trabalho remunerado (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis econômicas, segundo sexo dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis econômicas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Possui renda</b>						
Sim	124	73,4	40	23,7	164	97,0
Não	1	0,6	4	2,7	5	3,0
<b>Renda mensal do idoso em SM*</b>						
1 a 2	61	36,8	34	20,5	95	57,2
3 a 5	39	23,5	3	1,8	42	25,3
Acima de 5	22	13,2	2	1,2	24	14,5
Menos de 1	3	1,8	2	1,2	5	3,0
<b>Fonte de renda</b>						
Aposentadoria	81	48,0	22	13,0	103	62,8
Pensão	5	3,0	13	7,7	18	11,0
Trabalho próprio	4	2,4	-	-	4	2,4
Aposentadoria e trabalho próprio	17	10,0	4	2,4	21	12,8
Aposentadoria e locação de imóveis	13	7,7	1	0,6	14	8,5
Outros	4	2,4	-	-	4	2,4

\* Salário-mínimo vigente no 2º semestre de 2013, no valor de 678,00 reais.

Quando questionado ao idoso sobre a avaliação do estado de sua saúde, 73 (43,2%) avaliaram como razoável, em contrapartida 68 (40,2%) a descreveram como boa. E quando comparados entre os sexos, os homens avaliaram sua saúde de uma forma melhor, se comparados às mulheres (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionadas à saúde e qualidade de vida autorreferidas pelos idosos que realizavam hemodiálise, segundo sexo, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis relacionadas à saúde e QV autorreferidas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Avaliação do estado de saúde</b>						
Excelente	6	3,5	1	0,6	7	4,1
Muito Boa	10	6,0	1	0,6	11	6,5
Boa	51	30,1	17	10,0	68	40,2
Razoável	53	31,4	20	11,8	73	43,2
Ruim	3	1,8	3	1,8	6	3,6
Péssima	2	1,2	2	1,2	4	2,4
<b>Mudança autorreferida da QV após início da diálise</b>						
Bastante	72	42,6	26	15,4	98	58,0
Mais ou menos	18	10,6	4	2,4	22	13,0
Um pouco	16	9,5	6	3,5	22	13,0
Nada	15	8,9	4	2,4	19	11,2
Não sabe/Não respondeu	4	2,4	4	2,4	8	4,7
<b>Participação em grupos de convivência</b>						
Não	113	66,9	34	20,1	147	87,0
Sim	12	7,1	10	6,0	22	13,0

Ainda na Tabela 3, para a maioria dos idosos (98; 58%), houve bastante mudança autorreferida na QV após início da diálise, apenas (19; 11,2%) referiram que não houve nenhuma mudança. Ainda (147; 87%) não participavam de grupos de convivência, dos que frequentavam, (12; 7,1%) eram homens e (10; 6,0%), mulheres.

As comorbidades autorreferidas mais frequentes foram déficit visual (82,8%), hipertensão arterial (80,5%), catarata (79,7%) e diabetes mellitus (45%), dentre outras (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das doenças autorreferidas pelos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

<b>Doenças*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Déficit visual	140	82,8
Hipertensão	136	80,5
Catarata	84	79,7
Diabetes mellitus	76	45,0
Outras**	51	30,2
Déficit auditivo	42	24,8
ICC	36	21,3
IAM	27	16,0
Doença cerebrovascular	22	13,0
Osteopatias	17	10,0
Varizes	12	7,1
Neoplasia maligna	9	5,3
Hepatite B	4	2,4
Doença autoimune	3	1,8
Neoplasia benigna	3	1,8
Hepatite C	2	1,1
Pericardite	1	0,6

\*Admite mais de uma resposta. \*\*Hiperparatireoidismo; Hipotireoidismo, Síndrome do Túnel do Carpo.

Quanto ao tempo em tratamento por hemodiálise, a média foi de 45,8 meses (dp= 43,4) e variação entre seis e 252 meses completos. Ainda 70% dos participantes apresentaram tempo de tratamento de 37 meses ou mais (Tabela 05).

Com relação à frequência de internações, a média foi de 1,3 (dp=0,8), com no máximo seis internações. E ainda 113 (68,8%) não internaram nos últimos seis meses, e 165 (97,6%) não realizaram transplante renal. Quando questionados se eram candidatos a realizar o transplante, 61,3% relataram que não tinham interesse, ou não possuíam as condições clínicas ou idade para realizá-lo (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das variáveis relacionadas ao tratamento dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis relacionadas ao tratamento	N(%)	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Tempo de hemodiálise em meses</b>	-	45,8	43,4	6	252
0 a 12	32 (19,0)	-	-	-	-
13 a 24	28 (16,6)	-	-	-	-
25 a 36	39 (23,0)	-	-	-	-
37 ou mais	70 (41,2)	-	-	-	-
<b>Realização de transplante renal</b>					
Não	165 (97,6)	-	-	-	-
Sim	4 (2,40)	-	-	-	-
<b>Internações nos últimos seis meses</b>	-	1,3	0,8	1	6
Não	113 (66,8)	-	-	-	-
Sim	56 (33,2)	-	-	-	-
<b>Total</b>	169(100,0)				

Na figura 2, estão descritos os motivos das internações dos idosos, sendo que, o mais evidente foi, por doenças cardiovasculares (18; 10,6%), em seguida, doenças infecciosas (8; 4,7%) e doenças endócrinas (7; 4,1%).

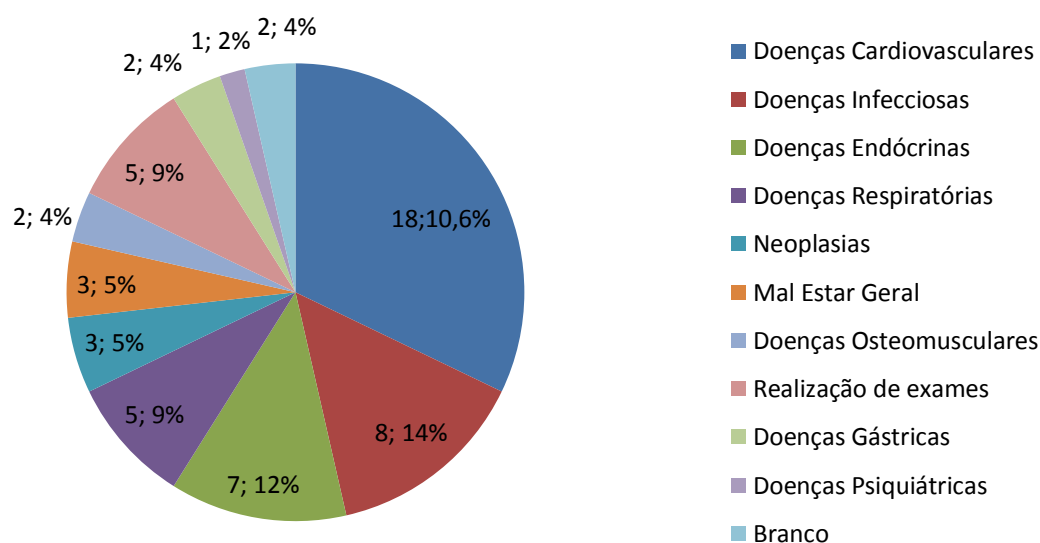


Figura 2 - Gráfico com os motivos das internações dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Na Tabela 6, estão apresentados os resultados referentes às crenças e religiões dos idosos. Com relação à religião ou doutrina, 104 (61,5%) eram católicos, 35 (20,7%), evangélicos e 15 (8,9%), espíritas. Ainda oito (4,7%) homens referiram não possuir religião, e um (0,6%) referiu ser ateu. Todavia, 136 (81%) consideraram-se religiosos, e 137 (81,1%) possuíam crença em algo subjetivo. Quando comparados com as mulheres, 31 (18,3%) dos homens não se consideraram religiosos e 26 (15,4%) não possuíam crença em algo superior.

Quando questionados sobre a importância da religião na vida, 99 (58,6%) idosos relataram ser muito importante, contudo 11 (6,5%) dos homens referiram que não tinha importância para suas vidas. Já, em relação à espiritualidade, apenas cinco (3,0%) dos homens descreveram não haver importância, e 102 (60,4%) referiram ser muito importante para suas vidas (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das variáveis religiosas e espirituais dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis religiosas e espirituais	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	n	%
<b>Religião/Doutrina</b>						
Católica	80	47,3	24	14,2	104	61,5
Evangélica	22	13,0	13	7,7	35	20,7
Espírita	10	5,9	5	3,0	15	8,9
Budista	1	0,6	-	-	1	0,6
Outro	4	2,3	0	0	4	2,3
Não possui religião	8	4,7	1	0,6	9	5,3
<b>Considera-se religioso</b>						
Não	31	18,3	1	0,6	32	19,0
Sim	93	55,0	43	25,4	136	81,0
Outro	1	0,6	-	-	1	0,6
<b>Crença em algo subjetivo*</b>						
Não	26	15,4	6	3,6	32	18,9
Sim	99	58,6	38	22,5	137	81,1
<b>Importância da religião em sua vida</b>						
Muito importante	65	38,5	34	20,1	99	58,6
Importante	39	23,0	9	5,3	48	28,4
Um pouco importante	10	6,0	1	0,6	11	6,5
Não tem importância	11	6,5	-	-	11	6,5

continua...



Variáveis religiosas e espirituais	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	n	%
<b>Importância da espiritualidade em sua vida</b>						
Muito importante	70	41,4	32	18,9	102	60,4
Importante	41	24,3	12	7,1	53	31,4
Um pouco importante	9	5,3	-	-	9	5,3
Não tem importância	5	3,0	-	-	5	3,0

conclusão

\*Algo que o idoso não visualiza, mas sente ou percebe.

## 5.2 Bem-Estar Espiritual, Religiosidade, Enfrentamento Religioso e Espiritual e Qualidade de Vida de Idosos que realizavam Hemodiálise

Para responder aos objetivos da pesquisa, foram utilizados instrumentos validados e confiáveis que descreveram e analisaram o nível de bem-estar espiritual (Escala de Bem-Estar Espiritual), a religiosidade (Índice de Religiosidade de Duke), a utilização do enfrentamento religioso e espiritual (Escala de Coping Religioso e Espiritual abreviada) e a QV dos idosos em tratamento hemodialítico (Instrumento WHOQOL bref e old).

Ainda com o intuito de responder aos objetivos, realizaram-se análises estatísticas entre as variáveis sociodemográficas, econômicas, religiosas e de saúde, com os escores da EBE, do Índice de Religiosidade, da Escala de CRE abreviada e do WHOQOL – bref e WHOQOL - old, com intuito de fomentar a relação da QV com a dimensão religiosa e espiritual dos pacientes idosos em hemodiálise.

### **5.2.1 O bem-estar espiritual e sua relação com aspectos sociodemográficos, econômicos, religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise**

Os resultados referentes ao bem-estar espiritual estão apresentados a seguir e vale destacar que a escala utilizada possui uma dimensão vertical, que avalia o bem-estar religioso (BER), considerado como o bem-estar advindo da comunhão e da relação pessoal íntima com Deus ou com algo que se considere como uma força superior que vai além do indivíduo e que se considera como absoluto; e uma dimensão horizontal, o bem-estar existencial (BEE), o qual tem referência com a percepção da pessoa em relação ao propósito da vida independente de uma referência religiosa, além de estar relacionada com aquela satisfação geral com a vida, ou seja, o bem-estar no mundo, incluindo satisfação e sentido de vida (PALOUTZIAN; ELLISON, 1982; MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009).

A Escala de Bem-Estar Espiritual apresentou consistência interna de 0,88, e as subescalas Bem-estar existencial e Bem-estar religioso apresentaram consistência interna de 0,78 e 0,86, respectivamente.

Na Tabela 7, está apresentada a Escala de Bem-Estar Espiritual dos participantes da pesquisa. Observou-se que os idosos possuíam moderado bem-estar espiritual total com média de 93 (dp=13,52).

Ao analisar os escores médios obtidos, foi possível verificar que na subescala Bem-Estar Existencial (43,4; dp=7,59), os idosos apresentaram moderado nível de satisfação e propósito para a vida. Com relação à subescala Bem-Estar Religioso, os participantes apresentaram média alta (50; dp= 7,54), o que reflete uma relação positiva com Deus.

Tabela 7 - Distribuição dos resultados da Escala de Bem-Estar Espiritual e suas respectivas subescalas, dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP, 2013

<b>Escala de Bem-Estar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<b>Espiritual</b>				
Bem-Estar Religioso	27	60	50,0	7,54
Bem-Estar Existencial	53	120	43,4	7,59
Bem-Estar Espiritual total	21	60	93,0	13,52

Na Tabela 8, observou-se que o sexo feminino apresentou maior média para todos os níveis de bem-estar espiritual. O bem-estar religioso apresentou nível alto, tanto para o os idosos do sexo masculino (48,9) quanto do feminino (51,8).

Percebeu-se que os idosos da religião evangélica apresentaram maior média para o bem-estar espiritual total (98,0) e bem-estar religioso (53,0), os idosos espíritas apresentaram maior média para o bem-estar existencial (45,4). Ainda os idosos adeptos das religiões evangélicas, espíritas e budistas apresentaram alto nível de bem-estar religioso (53; 51,7 e 50 respectivamente) (Tabela 8).

Tabela 8 - Resultados da Escala de Bem-Estar Espiritual e suas respectivas subescalas, segundo sexo e religião dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP, 2013

Variáveis	Bem-estar espiritual total		Bem-estar religioso		Bem-estar existencial	
	Média	Nível*	Média	Nível*	Média	Nível*
<b>Sexo</b>						
Masculino	92,2	Moderado	48,9	Moderado	43,3	Moderado
Feminino	95,6	Moderado	51,8	Alto	43,8	Moderado
<b>Religião/ doutrina</b>						
Católica	92,0	Moderado	48,8	Moderado	43,1	Moderado
Evangélica	98,0	Moderado	53,0	Alto	44,8	Moderado
Espírita	96,4	Moderado	51,7	Alto	45,4	Moderado
Budista	95,0	Moderado	50,0	Alto	45,0	Moderado
Outra**	92,0	Moderado	48,5	Moderado	43,5	Moderado
Não possui religião	83,1	Moderado	44,6	Moderado	38,6	Moderado

\* MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, (2009); \*\*cristãos, espiritualistas, umbandistas

Observou-se, na Tabela 9, que ao correlacionar as variáveis sociodemográficas, idade, anos de estudo, renda, número de comorbidades, frequência de internações e tempo de hemodiálise com bem-estar espiritual total, bem-estar religioso e bem-estar existencial, não houve correlações com significância estatística.

Todavia, percebeu-se que houve correlação inversa entre idade e os escores do Bem-Estar Espiritual e suas subescalas, indicando que quanto maior a idade, menor o bem-estar espiritual total (-0,050), bem-estar religioso (-0,013) e bem-estar existencial (-0,076). Também encontrou-se correlação inversa entre a renda e bem-estar espiritual total e bem-estar religioso, o que remete dizer que, quanto maior a renda menor o bem-estar espiritual total (-0,048) e bem-estar religioso (-0,142). Para os anos de estudo, houve uma correlação positiva com bem-estar espiritual total e bem-estar existencial, e inversa para bem-estar religioso. Com relação às outras variáveis, estas foram positivamente correlacionadas, demonstrando que quanto maior o número de comorbidades, de internações e o tempo de hemodiálise maiores os escores médios do bem-estar espiritual total, bem-estar religioso e bem-estar existencial (Tabela 9).

Tabela 9 - Coeficiente de correlação de Pearson entre o Bem-Estar Espiritual, suas respectivas subescalas e variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

<b>Variáveis</b>		<b>Bem-estar espiritual total</b>	<b>Bem-estar religioso</b>	<b>Bem-estar existencial</b>
Idade	Coeficiente de correlação	-0,050	-0,013	-0,076
	p valor	0,523	0,866	0,331
Anos de estudo	Coeficiente de correlação	0,040	-0,055	0,127
	p valor	0,606	0,477	0,103
Renda	Coeficiente de correlação	-0,048	-0,142	0,054
	p valor	0,536	0,069	0,488
Número de comorbidades	Coeficiente de correlação	0,030	0,045	0,009
	p valor	0,693	0,557	0,903
Frequência de internações	Coeficiente de correlação	0,063	0,032	0,081
	p valor	0,416	0,677	0,300
Tempo de hemodiálise	Coeficiente de correlação	0,053	0,075	0,020
	p valor	0,496	0,334	0,798

\*Significância estatística para  $p < 0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Na Tabela 10, ao correlacionar os domínios do WHOQOL-bref com os escores da escala de bem-estar espiritual, encontrou-se que as correlações foram positivas e a maioria com significância estatística, exceto a variável meio ambiente com bem-estar religioso ( $p=0,152$ ).

Sendo assim, pode-se descrever que quanto maiores os escores de bem-estar espiritual total, bem-estar religioso e bem-estar existencial maiores os escores de QV avaliada pelos domínios, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O domínio psicológico apresentou correlação moderada para o bem-estar espiritual total (0,597), bem-estar religioso (0,385) e bem-estar existencial (0,543) (Tabela 10).

Tabela 10 - Coeficiente de correlação de Pearson entre a escala de Bem-Estar Espiritual, suas respectivas subescalas e os domínios do WHOQOL – bref, dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Domínios do WHOQOL bref		Bem-estar espiritual total	Bem-estar religioso	Bem-estar existencial
Físico	Coeficiente de correlação	0,252	0,163	0,289
	<b>p valor</b>	0,001*	0,036*	0,000*
Psicológico	Coeficiente de correlação	0,547	0,385	0,593
	<b>p valor</b>	<0,000*	<0,000*	<0,000*
Relações sociais	Coeficiente de correlação	0,341	0,256	0,353
	<b>p valor</b>	<0,000*	0,000*	<0,000*
Meio ambiente	Coeficiente de correlação	0,297	0,111	0,418
	<b>p valor</b>	0,000*	0,152	<0,000*

\*Significância estatística para  $p < 0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Com relação à QV avaliada por meio WHOQOL-old, obtiveram-se correlações positivas moderadas entre a faceta autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e intimidade para bem-estar espiritual total e bem-estar existencial, todas com significância estatística (Tabela 11).

Encontrou-se correlação positiva fraca entre a faceta participação social e bem-estar espiritual total, bem como correlação positiva moderada com o bem-estar existencial, ambas com significância estatística,  $p=0,000$  e  $p<0,000$ , respectivamente. Pôde-se observar que o escore médio de QV global do WHOQOL-old se correlacionou positivamente e apresentou significância estatística com bem-estar espiritual total ( $<0,000$ ), bem-estar religioso (0,018) e bem-estar existencial ( $<0,000$ ) (Tabela 11).

Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Pearson entre a escala de EBE, suas respectivas subescalas e as facetas do WHOQOL – old dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

Facetas do WHOQOL old		Bem-estar espiritual total	Bem-estar religioso	Bem-estar existencial
Funcionamento dos sentidos	Coeficiente de correlação	0,029	-0,060	0,111
	p valor	0,708	0,443	0,152
Autonomia	Coeficiente de correlação	0,312	0,164	0,393
	p valor	<0,000*	0,034*	<0,000*
Atividades passadas, presentes e futuras	Coeficiente de correlação	0,383	0,212	0,471
	p valor	<0,000*	0,006*	<0,000*
Participação social	Coeficiente de correlação	0,285	0,148	0,362
	p valor	0,000*	0,057	<0,000*
Morte e morrer	Coeficiente de correlação	0,112	0,053	0,147
	p valor	0,149	0,496	0,058
Intimidade	Coeficiente de correlação	0,410	0,266	0,466
	p valor	<0,000*	0,000*	<0,000*
Qualidade de vida global	Coeficiente de correlação	0,377	0,183	0,490
	p valor	<0,000*	0,018*	<0,000*

\*Significância estatística para  $p < 0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.



### 5.2.2 Religiosidade e sua relação com aspectos sociodemográficos, religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise

Os resultados referentes ao Índice de Religiosidade de Duke (KOENIG; PARKERSON; MEADOR, 1997; KOENIG; BÜSSING, 2010; TAUNAY, et al. 2012) foram utilizados para mensurar a religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca dos idosos. Para esta pesquisa, o Índice de Religiosidade de Duke apresentou consistência interna de 0,73.

Com relação à religiosidade dos participantes da pesquisa, encontrou-se média de 3,76 (dp=1,59) para a RO, 4,86 (dp=1,37) para a RNO e 12,6 (dp=2,15) para a RI. Ainda observou-se que 54,4% dos idosos possuíam alta RO, 83,4%, alta RNO e 90%, alta RI (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição dos resultados do Índice de Religiosidade de Duke e os parâmetros de interpretação da RO, RNO e RI dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2013

Índice de Religiosidade de Duke*	Distribuição dos Idosos (%)**	Média	Desvio- padrão
<b>RO</b>		3,76	1,59
Alta	54,4		
Baixa	44,4		
<b>RNO</b>		4,86	1,37
Alta	83,4		
Baixa	14,8		
<b>RI</b>		12,6	2,15
Alta	90,0		
Baixa	8,2		

\*Dicotimização dos índices de religiosidade, em alta e baixa, segundo Alminhana, et al. (2013). \*\*Percentuais calculados excluindo-se as respostas em branco

Na Tabela 13, estão apresentados os resultados do Índice de Religiosidade de Duke, segundo as variáveis sociodemográficas e religiosas dos idosos. Com referência ao sexo dos idosos, observou-se que o sexo feminino apresentou maiores médias para a RO (4,21; dp=1,41), RNO (5,33; dp=1,10) e RI (13,3; dp=1,65), refletindo maior RO, RNO e RI quando comparado ao sexo masculino. Os idosos com faixa etária até 80 anos apresentaram maior RO (3,77; dp=1,61) todavia, os de 80

anos ou mais apresentaram maior RNO (5,17; dp = 0,86) e RI (13,10; dp=1,28).

Com relação à escolaridade, os idosos com até oito anos de estudo apresentaram as maiores médias para a RO (3,95; dp=1,49), RNO (4,94; dp=1,29) e RI (12,93; dp=1,73). Idosos da religião evangélica apresentaram maior média para a RO (4,88; dp=1,43), RNO (5,44; dp=0,79) e RI (13,50; dp=1,64). Observa-se que os participantes de cor da pele preta, também, apresentaram maiores médias para RO, RNO e RI, em seguida, as maiores médias foram os idosos de cor da pele amarela e sem declaração de cor (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos resultados do Índice de Religiosidade de Duke, segundo sexo, faixa etária, anos de estudo, religião/doutrina e cor da pele dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Religiosidade Organizacional		Religiosidade não Organizacional		Religiosidade Intrínseca	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
<b>Sexo</b>						
Masculino	3,61	(1,63)	4,70	(1,42)	12,30	(2,25)
Feminino	4,21	(1,41)	5,33	(1,10)	13,30	(1,63)
<b>Faixa etária</b>						
Até 80 anos	3,77	(1,61)	4,82	(1,41)	12,53	(2,23)
80 anos ou mais	3,67	(1,50)	5,17	(0,86)	13,10	(1,28)
<b>Anos de estudo</b>						
Até 8 anos	3,95	(1,49)	4,94	(1,29)	12,93	(1,73)
8 anos ou mais	3,32	(1,75)	4,68	(1,53)	11,82	(2,78)
<b>Religião/ doutrina</b>						
Católica	3,56	(1,45)	4,82	(1,38)	12,28	(2,19)
Evangélica	4,88	(1,43)	5,44	(0,79)	13,50	(1,64)
Espírita	3,67	(1,72)	3,93	(1,75)	12,80	(2,57)
Budista	5,00	(-)	6,00	(-)	15,00	(-)
Ateu	4,00	(-)	2,00	(-)	11,00	(-)
Outra*	3,50	(1,0)	5,00	(-)	13,25	(2,06)
Sem religião	1,89	(1,36)	4,78	(1,48)	12,00	(2,06)
<b>Cor da pele</b>						
Branca	3,54	(1,57)	4,64	(1,47)	12,35	(2,35)
Preta	4,44	(1,44)	5,53	(0,75)	13,29	(1,98)
Parda	3,38	(1,51)	4,00	(1,85)	12,13	(1,25)
Amarela	3,88	(1,76)	5,24	(0,66)	12,94	(1,09)
Sem declaração	5,00	(-)	6,00	(-)	13,00	(-)

\*cristãos, espiritualistas, umbandistas.

Os idosos do sexo feminino (65,7%), faixa etária até 80 anos (79,3%),

escolaridade até 8 anos de estudo (65,7%), de religião católica (54,4%) e cor branca (55,6%) apresentaram alta RI (Tabela 14).

Com relação à RO, a maioria dos idosos católicos (31,6%) apresentou baixa religiosidade, enquanto 16% dos idosos evangélicos apresentaram RO alta. Para os idosos de todas as religiões e doutrinas, ficou evidente a alta RNO. Os idosos da cor de pele preta e amarela apresentaram maior porcentagem para alta RO (14,8% e 6%, respectivamente) e RNO (19,5% e 10%).

Tabela 14 - Distribuição dos resultados do Índice de Religiosidade de Duke, dicotomizada (baixa e alta), segundo sexo, faixa etária, anos de estudo, religião e cor da pele dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis* (N= 166)	Religiosidade Organizacional**				Religiosidade não Organizacional**				Religiosidade Intrínseca**			
	Baixa		Alta		Baixa		Alta		Baixa		Alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>												
Masculino	62	(36,7)	62	36,7	22	13,0	102	60,4	1	0,6	41	24,2
Feminino	12	(7,1)	30	17,8	3	1,8	39	23,0	13	7,7	111	65,7
<b>Faixa Etária</b>												
Até 80 anos	65	38,5	83	49,1	24	14,2	124	73,4	14	8,3	134	79,3
80 anos ou mais	9	5,3	9	5,3	1	0,6	17	10,0	1	0,6	18	10,6
<b>Anos de estudo</b>												
Até 8 anos	46	27,2	70	41,4	17	10,0	99	59,6	5	3,0	111	65,7
8 anos ou mais	28	16,6	22	13,0	8	4,7	42	24,9	9	5,3	41	24,3
<b>Religião/ doutrina</b>												
Católica	53	31,6	49	29,0	15	8,9	87	51,5	10	6,0	92	54,4
Evangélica	7	4,1	27	16,0	1	0,6	33	19,5	1	0,6	33	19,5
Espírita	7	4,1	8	4,7	6	3,5	9	5,3	2	1,2	13	7,7
Budista	1	0,6	-	-	-	--	1	0,6	-	-	1	0,6
Outro***	3	1,8	1	0,6	-	-	4	2,4	-	-	4	2,4
Sem religião	8	4,7	1	0,6	2	1,2	7	4,1	1	0,6	8	4,7

continua...

Variáveis* (N= 166)	Religiosidade Organizacional**				Religiosidade não Organizacional**				Religiosidade Intrínseca**			
	Baixa		Alta		Baixa		Alta		Baixa		Alta	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Cor da pele</b>												
Branca	53	31,4	53	31,4	21	12,4	85	50,3	12	7,1	94	55,6
Preta	9	5,3	25	14,8	1	0,6	33	19,5	2	1,2	32	19,0
Parda	5	3,0	3	1,8	3	1,78	5	3,0	-	-	8	4,7
Amarela	7	4,1	10	6,0	-	-	17	10,0	-	-	17	10,0
Sem declaração	-	-	1	0,6	-	-	1	0,6	-	-	1	0,6
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>43,8</b>	<b>92</b>	<b>54,5</b>	<b>25</b>	<b>14,8</b>	<b>141</b>	<b>83,4</b>	<b>14</b>	<b>8,3</b>	<b>152</b>	<b>90,0</b>

\* Percentuais calculados excluindo-se as respostas em branco. \*\* Dicotomização dos índices de religiosidade, em alta e baixa, segundo Alminhana, et al. (2013). \*\*\* cristãos, umbandistas; espiritualistas. conclusão

Na Tabela 15, estão descritas as correlações do Índice de Religiosidade de Duke com variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde. Percebeu-se que houve correlação inversa entre as variáveis, idade e número de comorbidades com RO, refletindo que quanto maior a idade e o número de comorbidades menor a RO. Também a correlação foi inversa entre as variáveis, anos de estudo e renda com as três subescalas, RO, RNO e RI, com significância estatística para RO e RI.

Foram encontradas correlações positivas entre as variáveis, tempo de hemodiálise e as subescalas da religiosidade (RO, RNO e RI), refletindo que quanto maior o tempo de tratamento hemodialítico maior a religiosidade, com significância estatística na correlação com a RNO ( $p=0,032$ ) (Tabela 15).

Tabela 15 - Coeficiente de correlação de Pearson entre RO, RNO, RI e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis		Religiosidade	Religiosidade não	Religiosidade
		Organizacional	Organizacional	Intrínseca
Idade	Coeficiente de correlação	-0,072	0,022	0,001
	p valor	0,353	0,772	0,980
Anos de estudo	Coeficiente de correlação	-0,188	-0,062	-0,232
	p valor	0,015*	0,427	0,002*
Renda	Coeficiente de correlação	-0,167	-0,037	-0,228
	p valor	0,031*	0,630	0,003*
Número de comorbidades	Coeficiente de correlação	-0,022	0,037	-0,106
	p valor	0,776	0,631	0,173
Frequência de internações	Coeficiente de correlação	0,107	-0,002	0,051
	p valor	0,167	0,973	0,513
Tempo de hemodiálise	Coeficiente de correlação	0,025	0,166	0,129
	p valor	0,740	0,032*	0,096

\*Significância estatística para  $p<0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Observou-se que a RO, RNO e RI correlacionaram-se positivamente com os escores de QV para o domínio físico, todavia obteve-se significância estatística somente para a RO ( $p=0,018$ ). Para os domínios, psicológico e relações sociais, e para a QV global, as correlações também foram positivas com RO, RNO e RI, sendo que houve significância estatística, quando correlacionado com RO e RI (Tabela 16).

Tabela 16 - Coeficiente de correlação de Pearson entre RO, RNO, RI e os domínios do WHOQOL – bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Domínios do WHOQOL bref		Religiosidade Organizacional	Religiosidade não Organizacional	Religiosidade Intrínseca
Físico	Coeficiente de correlação	0,183	0,089	0,151
	p valor	0,018*	0,253	0,051
Psicológico	Coeficiente de correlação	0,167	0,124	0,298
	p valor	0,031*	0,111	<0,000*
Relações sociais	Coeficiente de correlação	0,190	0,059	0,164
	p valor	0,014*	0,445	0,035*
Meio ambiente	Coeficiente de correlação	0,000	0,035	0,041
	p valor	0,998	0,647	0,596
QV global	Coeficiente de correlação	0,192	0,113	0,261
	p valor	0,013*	0,145	0,000*

\*Significância estatística para  $p<0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Na Tabela 17, foi possível verificar que houve correlação inversa entre as facetas funcionamento dos sentidos, autonomia e morte e morrer do WHOQOL- old, com RNO e RI. Com relação às facetas atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade, a correlação foi positiva com RO, RNO e RI, todavia houve significância estatística apenas com RO e RI. Já a faceta intimidade teve

significância estatística para a RNO ( $p=0,005$ ).

Quando correlacionados os índices de religiosidade com a QV global, obteve-se correlação positiva com RO, RNO e RI, contudo, apenas com a RO apresentou significância estatística ( $p=0,028$ ).

Tabela 17 - Coeficiente de correlação de Pearson entre RO, RNO, RI e as facetas do WHOQOL- old dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Facetas do WHOQOL old		Religiosidade Organizacional	Religiosidade não Organizacional	Religiosidade Intrínseca
Funcionamento dos sentidos	Coeficiente de correlação	0,008	-0,026	-0,006
	p valor	0,910	0,738	0,931
Autonomia	Coeficiente de correlação	0,014	-0,029	-0,020
	p valor	0,848	0,711	0,790
Atividades passadas, presentes e futuras	Coeficiente de correlação	0,223	0,127	0,281
	p valor	0,003*	0,103	0,000*
Participação social	Coeficiente de correlação	0,295	0,021	0,201
	p valor	0,000*	0,784	0,009*
Morte e morrer	Coeficiente de correlação	0,007	-0,071	-0,061
	p valor	0,928	0,363	0,435
Intimidade	Coeficiente de correlação	0,164	0,216	0,229
	p valor	0,034*	0,005*	0,003*
Qualidade de vida global	Coeficiente de correlação	0,170	0,042	0,136
	p valor	0,028*	0,584	0,080

\*Significância estatística para  $p<0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares



### 5.2.3 Enfrentamento religioso e espiritual e sua relação com aspectos sociodemográficos, econômicos, religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise

A Escala CRE abreviada (KOENIG, 2001; PANZINI, et al. 2011; PANZINI; BANDEIRA, 2005) foi utilizada para analisar se os idosos faziam uso do enfrentamento (*coping*) religioso e espiritual para superar as situações estressantes que a DRC desencadeia em suas vidas.

A escala, além de mensurar o enfrentamento religioso e espiritual, também possibilitou identificar a situação de maior estresse ocorrida com os idosos nos últimos três anos, que foram, a hemodiálise (140; 85,9%), a morte de algum membro da família (16; 9,8%) e outra doença na família ou no próprio idoso (7; 4,3%).

De acordo com os resultados, todos os idosos em tratamento hemodialítico fizeram uso do enfrentamento religioso e espiritual. A média dos valores de CRE total foi de 3,62, refletindo um escore alto, ou seja, a média de utilização do CRE pelos entrevistados como estratégia de enfrentamento da doença mostrou-se elevada. A média do CRE negativo foi de 1,75, enquadrando-se no escore baixo. Já a média do CRE positivo foi de 3,11, enquadrando-se no escore médio da escala (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição dos resultados da Escala CRE, dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2013

<b>Escala CRE abreviada</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Parâmetro de interpretação*</b>
CRE positivo	0	4,44	3,11	0,75	Médio
CRE negativo	0	3,67	1,75	0,57	Baixo
CRE total	0	4,44	3,62	0,65	Alto

\* PANZINI; BANDEIRA (2005).

Na Tabela 19, estão descritos os valores das médias e parâmetros de interpretação dos fatores positivos e negativos da Escala de CRE. Dentre os sete fatores da dimensão CRE positivo, o fator P4 "Posicionamento positivo frente a Deus" apresentou a maior média (4,27; dp=0,87) e o fator P7 "Busca pessoal de conhecimento espiritual", a menor média (2,40; dp=1,18).

Na dimensão do CRE negativo, o fator N2 "Posicionamento negativo frente a Deus" obteve-se a média mais alta (2,76; dp=1,09) e o fator N1 "Reavaliação negativa de Deus", a média mais baixa (1,28; dp=0,60).

Tabela 19 - Distribuição dos resultados da Escala CRE, segundo os fatores do CRE positivo e negativo dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2013

Escala CRE abreviada	Média	Desvio-padrão	Parâmetro de interpretação*
<b>CRE Positivo</b>			
P1- Transformação de si e de sua vida	3,16	0,94	Média
P2 – Busca de ajuda espiritual	2,56	1,07	Média
P3 – Oferta de ajuda a outro	3,09	1,00	Média
P4 – Posição positiva frente a Deus	4,27	0,87	Alta
P5 – Busca do outro institucional	2,65	1,01	Média
P6 –Afastamento através de Deus/religião e espiritualidade	3,3	1,08	Média
P7 - Busca de conhecimento espiritual	2,40	1,18	Baixa
<b>CRE Negativo</b>			
N1- Reavaliação negativa de Deus	1,28	0,60	Nenhuma
N2 – Posição negativa frente a Deus	2,76	1,09	Média
N3 – Insatisfação com o outro institucional	1,33	0,69	Nenhuma
N4 – Reavaliação negativa do significado	2,10	1,07	Baixa

\* PANZINI; BANDEIRA (2005).

Na Tabela 20, pode-se observar que os idosos do sexo feminino apresentaram maiores médias para o CRE positivo (3,40) e CRE total (3,82), enquanto os idosos do sexo masculino apresentaram maiores médias para o CRE negativo (1,80). Quando comparado o CRE com a religião, percebeu-se que os idosos evangélicos e de “outras” religiões foram os que apresentaram maior média para o CRE positivo. Já com relação ao CRE total, os idosos budistas e os de “outras”

religiões apresentaram maiores médias. Para todas as religiões e doutrinas, o nível de CRE total apresentou-se alto.

Tabela 20 - Distribuição dos resultados da Escala CRE positivo, negativo e total, segundo sexo e religião dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	CRE Positivo		CRE Negativo		CRE Total	
	Média	Nível**	Média	Nível**	Média	Nível**
Sexo						
Masculino	3,11	Médio	1,80	Baixo	3,67	Alto
Feminino	3,40	Médio	1,77	Baixo	3,82	Alto
Religião/doutrina						
Católica	3,11	Moderado	1,80	Baixo	3,67	Alto
Evangélica	3,50	Moderado/ Alto	1,87	Baixo	3,81	Alto
Espírita	3,19	Moderado	1,53	Irrisório	3,84	Alto
Budista	2,79	Moderado	1,00	Irrisório	3,90	Alto
Outra*	3,51	Moderado/ Alto	1,67	Irrisório	3,92	Alto
Sem religião	2,87	Moderado	2,07	Irrisório	3,43	Alto

\* cristãos, espiritualistas, umbandistas. \*\* PANZINI; BANDEIRA (2005).

Na Tabela 21, estão descritas as relações do CRE com as variáveis sociodemográficas. Observou-se que houve correlação inversa entre idade e CRE positivo, negativo e total, com significância estatística para o CRE negativo ( $p=0,05$ ), indicando que quanto maior a idade menor o uso de enfrentamento religioso e espiritual. Entre as variáveis anos de estudo e renda, encontrou-se correlação inversa com CRE positivo e negativo, todavia apenas para o CRE negativo a correlação obteve significância estatística ( $p=0,034$ ).

Quando correlacionado o tempo de hemodiálise com o CRE, percebeu-se que a correlação foi positiva para o CRE positivo e total, com significância estatística  $p=0,02$  e  $p=0,037$ , respectivamente. E para o CRE negativo, a correlação foi inversa, o que se percebe que quanto maior o tempo de hemodiálise menor o uso de enfrentamento religioso e espiritual negativo (Tabela 21).

Tabela 21 - Coeficiente de correlação de Pearson entre o CRE positivo, negativo, total e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis		CRE positivo	CRE negativo	CRE total
Idade	Coeficiente de correlação	-0,036	-0,150	-0,047
	p valor	0,637	0,050*	0,539
Anos de estudo	Coeficiente de correlação	-0,083	-0,162	0,092
	p valor	0,282	0,034*	0,232
Renda	Coeficiente de correlação	-0,097	-0,103	0,026
	p valor	0,210	0,185	0,736
Número de comorbidades	Coeficiente de correlação	-0,001	0,001	-0,054
	p valor	0,980	0,985	0,481
Frequência de internações	Coeficiente de correlação	-0,019	0,059	-0,051
	p valor	0,804	0,440	0,506
Tempo de hemodiálise	Coeficiente de correlação	0,178	-0,002	0,160
	p valor	0,020*	0,975	0,037*

\*Significância estatística para  $p < 0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Na Tabela 22, pode-se verificar que houve correlação inversa entre o CRE negativo e os escores de QV nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com significância estatística para o domínio psicológico ( $p=0,001$ ) e meio ambiente ( $p=0,000$ ).

Observou-se, também, que o domínio psicológico apresentou correlação positiva para o CRE positivo e total, e significância estatística para o CRE total ( $p=0,043$ ), o que representa que quanto maior o uso de CRE total, maiores os escores de QV para este domínio (Tabela 22).

Tabela 22 - Coeficiente de correlação de Pearson entre o CRE positivo, negativo, total e os domínios do WHOQOL – bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Domínios do WHOQOL-bref		CRE positivo	CRE negativo	CRE total
Físico	Coeficiente de correlação	0,100	-0,017	0,109
	p valor	0,191	0,819	0,157
Psicológico	Coeficiente de correlação	0,101	-0,246	0,155
	p valor	0,188	0,001*	0,043*
Relações sociais	Coeficiente de correlação	0,101	-0,090	0,092
	p valor	0,190	0,241	0,229
Meio ambiente	Coeficiente de correlação	-0,063	-0,264	0,074
	p valor	0,412	0,000*	0,332

\*Significância estatística para  $p < 0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Com referência à correlação entre as facetas do WHOQOL old e o CRE negativo, percebeu-se que foram inversamente correlacionadas. Sendo que, nas facetas, funcionamento dos sentidos e morte e morrer, a correlação obteve significância estatística ( $p=0,038$ ) e ( $p=0,000$ ), respectivamente (Tabela 23).

Quando analisada a correlação de QV, nas facetas atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade com o CRE positivo e total, percebeu-se que foram positivamente correlacionadas. Ainda a correlação das facetas atividades passadas, presentes e futuras e intimidade apresentou significância estatística para CRE positivo e CRE total (Tabela 23).

Ainda na Tabela 23, encontrou-se correlação inversa entre os escores de QV na faceta morte e morrer com o CRE total, negativo e positivo, sendo que houve significância estatística na correlação com o CRE positivo ( $p=0,020$ ) e o CRE negativo ( $p=0,000$ ). Houve correlação inversa entre o índice de QV global do WHOQOL - old e CRE negativo, com significância estatística ( $p=0,001$ ).

Tabela 23 - Coeficiente de correlação de Pearson entre o CRE positivo, negativo, total e as facetas do WHOQOL – old dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Facetas do WHOQOL-old		CRE positivo	CRE negativo	CRE total
Funcionamento dos sentidos	Coeficiente de correlação	-0,029	-0,160	0,171
	p valor	0,705	0,038*	0,026*
Autonomia	Coeficiente de correlação	0,028	-0,054	0,048
	p valor	0,716	0,484	0,534
Atividades passadas, presentes e futuras	Coeficiente de correlação	0,219	-0,029	0,189
	p valor	0,004*	0,708	0,014*
Participação social	Coeficiente de correlação	0,145	-0,094	0,139
	p valor	0,059	0,225	0,072
Morte e morrer	Coeficiente de correlação	-0,179	-0,282	-0,013
	p valor	0,020*	0,000*	0,859
Intimidade	Coeficiente de correlação	0,162	-0,122	0,236
	p valor	0,036*	0,116	0,002*
QV Global	Coeficiente de correlação	0,048	-0,239	0,200
	p valor	0,535	0,001*	0,009*

\*Significância estatística para  $p < 0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

#### **5.2.4 A qualidade de vida e sua relação com os aspectos sociodemográficos, os econômicos, os religiosos, o bem-estar espiritual, a religiosidade e o enfrentamento religioso e espiritual de idosos que realizavam hemodiálise**

Para avaliar a QV dos idosos, que realizaram hemodiálise, utilizaram-se o WHOQOL-bref e WHOQOL-old (THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK, 2000; CHACHAMOVIC; FLECK; TRENTINI, 2006). Para mensurar os constructos, a partir destes instrumentos, os escores devem ser avaliados da seguinte forma, cada item possui escores de 1 a 5, em escala Likert, que são transformados numa escala linear. Os escores variam de 0 a 100, e a interpretação dos resultados deve considerar que quanto mais perto do zero os escores médios nos domínios, menos favorável a QV e quanto mais próximo do 100, mais favorável a QV nos respectivos domínios.

Na Tabela 24, pode-se observar que o domínio físico apresentou o menor escore médio 55,5 (dp=16,5), quando comparado aos outros domínios do WHOQOL-bref. Ainda os maiores escores de QV foram nos domínios psicológico (66,8; dp=13,9) e relações sociais (66,8; dp=15,1). A média global de QV dos idosos foi de 64,0 (dp=15,8).

O escore médio da faceta morte e morrer do WHOQOL-old apresentou uma média de 69,4 (dp= 25). A menor média foi da faceta participação social 59,6 (dp=15,6) e a maior, da intimidade 73,6 (dp=15,9) (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição dos resultados de QV, segundo domínios do WHOQOL-bref e facetas do WHOQOL-old dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Mínimo	Mediana	Média	Desvio- Padrão
<b>Domínios WHOQOL-bref</b>				
Domínio físico	14,3	57,1	55,5	16,5
Domínio psicológico	25,0	66,7	66,8	13,9
Domínio relações sociais	25,0	66,7	66,8	15,1
Domínio meio ambiente	25,0	65,3	63,4	10,7
QV global	25,0	62,5	64,0	15,8
<b>Facetas WHOQOL-Old</b>				
Habilidade sensorial	6,25	68,7	65,7	22,7
Autonomia	6,25	62,5	62,7	13,5
Atividades passadas, presentes e futuras	6,25	68,7	66,7	13,7
Participação social	18,7	62,5	59,6	15,6
Morte e morrer	-	75,0	69,4	25,0
Intimidade	12,5	75,0	73,6	15,9
QV global	27,0	66,7	66,3	10,6

Na Tabela 25, pode-se perceber que a variável número de comorbidades apresentou correlação inversa com os quatro domínios de QV do WHOQOL – bref (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e apresentou significância estatística para todas as correlações. Quando analisada a correlação com QV global do WHOQOL - bref, também apresentou correlação inversa, contudo, sem significância estatística.

Observou-se também que, quanto maiores os anos de estudo e renda maiores os escores de QV para o domínio meio ambiente, sendo que esta correlação foi positiva e com significância estatística, com  $p=0,002$  e  $p=0,005$ , respectivamente. Verificou-se correlação inversa entre as variáveis, idade, renda, frequência de internações, tempo de hemodiálise e o domínio físico da QV (Tabela 25).



Tabela 25 - Coeficiente de correlação de Pearson entre os domínios do WHOQOL-bref, e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis		Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	QV global
Idade	Coeficiente de correlação	-0,023	-0,050	-0,091	0,003	0,061
	p valor	0,762	0,515	0,234	0,966	0,427
Anos de estudo	Coeficiente de correlação	0,001	0,056	-0,052	0,231	-0,003
	p valor	0,983	0,462	0,496	0,002*	0,961
Renda	Coeficiente de correlação	-0,019	0,013	0,069	0,214	-0,093
	p valor	0,808	0,864	0,374	0,005*	0,229
Número de comorbidades	Coeficiente de correlação	-0,284	-0,171	-0,191	-0,194	-0,122
	p valor	0,000*	0,026*	0,012*	0,011*	0,114
Frequência de internações	Coeficiente de correlação	-0,084	0,080	0,127	0,090	0,034
	p valor	0,274	0,295	0,098	0,243	0,655
Tempo de hemodiálise	Coeficiente de correlação	-0,070	0,012	0,001	-0,039	0,083
	p valor	0,362	0,871	0,982	0,607	0,280

\*Significância estatística para  $p < 0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

É possível observar que, na Tabela 26, a variável número de comorbidades foi correlacionada inversamente com todas as facetas do WHOQOL-old. Sendo que, apenas para as facetas funcionamento dos sentidos, atividades passadas, presentes e futuras e participação social, as correlações tiveram significância estatística,  $p=0,002$ ,  $p=0,024$  e  $p=0,010$ , respectivamente.

Verificou-se, também, que quanto maior a frequência de internações e tempo de hemodiálise menores foram os escores de QV para as facetas funcionamento dos sentidos e morte e morrer, com correlação fraca. Ao correlacionar a variável renda com as facetas autonomia, morte e morrer, intimidade e QV global do WHOQOL - old, apresentaram-se correlações positivas e fracas. A faceta intimidade

apresentou correlação com significância estatística ( $p=0,029$ ) (Tabela 26).

Tabela 26 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as facetas do WHOQOL-old e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

<b>Facetas do WHOQOL-old</b>		<b>Idade</b>	<b>Anos de estudo</b>	<b>Renda</b>	<b>Número de comorbidades</b>	<b>Frequência internações</b>	<b>Tempo de hemodiálise</b>
<b>Funcionamento dos sentidos</b>	Coeficiente de correlação	-0.103	0.062	-0.086	-0.234	-0.004	-0.083
	p valor	0,183	0,420	0,270	0,002*	0,956	0,282
<b>Autonomia</b>	Coeficiente de correlação	-0.056	0.123	0.138	-0.043	-0.115	0.007
	p valor	0,470	0,111	0,075	0,575	0,138	0,920
<b>Atividades passadas, presentes e futuras</b>	Coeficiente de correlação	0.018	-0.108	-0.120	-0.174	0.020	0.078
	p valor	0,809	0,162	0,122	0,024*	0,794	0,312
<b>Participação social</b>	Coeficiente de correlação	-0.047	-0.053	-0.036	-0.196	0.029	0.029
	p valor	0,542	0,496	0,637	0,010*	0,708	0,704
<b>Morte e morrer</b>	Coeficiente de correlação	0.063	0.051	0.046	-0.027	-0.003	-0.056
	p valor	0,414	0,511	0,551	0,721	0,962	0,470
<b>Intimidade</b>	Coeficiente de correlação	-0.000	0.045	0.169	-0.031	0.052	-0.020
	p valor	0,995	0,559	0,029*	0,687	0,500	0,792
<b>QV Global</b>	Coeficiente de correlação	-0.031	0.043	0.024	-0.197	0.009	-0.043
	p valor	0,685	0,576	0,754	0,010*	0,899	0,574

\*Significância estatística para  $p < 0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

Ao analisar as correlações entre a Escala Bem-Estar Espiritual, o Índice de Religiosidade de Duke e o domínio de QV global do WHOQOL-bref, foi possível observar que as correlações, entre a maioria das subescalas do Bem-Estar Espiritual com as subescalas do índice de religiosidade e QV global, foram positivas e apresentaram significância estatística. Apenas as correlações entre bem-estar religioso e QV global ( $p=0,326$ ), bem-estar existencial e RNO ( $p=0,097$ ), e QV global e RNO ( $p=0,170$ ) não apresentaram significância estatística (Tabela 27).

Tabela 27 - Coeficiente de correlação de Pearson entre a escala Bem-Estar Espiritual com suas respectivas subescalas, o índice de religiosidade de DUKE e o domínio da QV global do WHOQOL-bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	RO	RNO	RI	QV Global**
	Correlação/p	Correlação/p	Correlação/p	Correlação/p
BEE total	0,297/0,000*	0,278/0,000*	0,417/<0,000*	0,350/<0,000*
BER	0,270/0,000*	0,319/<0,000*	0,424/<0,000*	0,076/0,326
BEE	0,256/0,000*	0,130/0,097	0,324/0,000*	0,166/0,032*
QV Global**	0,199/0,010*	0,107/0,170	0,261/0,000*	1

\*Significância estatística para  $p<0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.\*\*Domínio do WHOQOL bref.

Ao analisar, na Tabela 28, as correlações entre a Escala Bem-Estar Espiritual, a Escala de *Coping* Religioso e Espiritual, o Índice de Religiosidade de Duke e o domínio de QV global do WHOQOL-bref, foi possível observar que o bem-estar espiritual total correlacionou-se inversamente com CRE positivo e negativo, obtendo significância estatística,  $p= 0,041$  e  $p<0,000$ , respectivamente. Já o bem-estar espiritual, quando correlacionado com a RI e QV global do WHOQOL- bref, apresentou correlação positiva moderada, com significância estatística ( $p<0,000$ ) e ( $p<0,000$ ), respectivamente.

A correlação encontrada entre a RI e o bem-estar espiritual total foi positiva e moderada, com significância estatística ( $p<0,000$ ). A RI também se correlacionou positivamente com CRE positivo e QV global do WHOQOL - bref, com significância

estatística ( $p=0,043$ ) e ( $p=0,000$ ) respectivamente.

Quando verificadas as correlações entre CRE negativo, positivo, QV global do WHOQOL - bref e bem-estar espiritual, foram observadas correlações inversas com significância estatística. O CRE positivo e negativo apresentou correlação inversa com a QV global, com significância estatística,  $p=0,008$  e  $p=0,000$  (Tabela 28).

Tabela 28 - Coeficiente de correlação de Pearson entre o Bem-Estar Espiritual total, RI, CRE positivo e negativo e QV geral do WHOQOL-bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	BEE total Correlação/p	Religiosidade intrínseca Correlação/p	CRE positivo Correlação/p	CRE negativo Correlação/p	QV global** Correlação/p
<b>BEE total</b>	1	0,417/<0,000*	-0,159/0,041*	-,397/<0,000*	0,350/<0,000*
<b>Religiosidade intrínseca</b>	0,417/<0,000*	1	0,158/0,043*	-0,080/0,309	0,267/0,000*
<b>CRE Positivo</b>	-0,159/0,041*	0,158/0,043*	1	0,815/<0,000*	-0,204/0,008*
<b>CRE negativo</b>	-,397/<0,000*	-0,076/0,329	0,815/<0,000*	1	-0,305/0,000*
<b>QV global</b>	0,350/<0,000*	0,267/ 0,000*	-0,204/0,008*	-,305/<0,000*	1

\*Significância estatística para  $p<0,05$  na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares;\*\*domínio de QV global do WHOQOL-bref.

Na Tabela 29, estão apresentados os resultados da regressão linear simples para a Escala de Bem-Estar Espiritual total, CRE total e RO, RNO e RI com a QV global do WHOQOL-bref, sendo que apenas a RNO não apresentou significância estatística ( $p=0,197$ ), quando associada linearmente com a QV global, isto significa que foi possível explicar a variação da QV global a partir da variação dos valores das escalas de BEE total, CRE total e RO, RNO e RI.

De acordo com o modelo de regressão linear, a presença de maior nível de BEE total explicou em torno de 17% da variância da medida de QV global do WHOQOL - bref, já entre os idosos que faziam uso do CRE total, o modelo explicou 5% da medida da QV global, entre os idosos com presença de maior RO, o modelo explicou 4% da medida da QV global, para RNO e RI, o modelo explicou 1% e 6%,

respectivamente, a medida da QV global.

Tabela 29 - Regressão linear simples entre as Escalas BEE total, CRE total, RO, RNO e RI e o escore médio da QV global do WHOQOL-bref dos idosos que realizavam hemodiálise, no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis explanatórias	Coeficiente		p valor
	Estimativa	Erro-padrão	
BEE total*	0,38	0,06	<,000
CRE total**	-0,43	0,14	0,000
RO***	2,09	0,79	0,009
RNO****	1,22	0,95	0,197
RI*****	5,38	1,75	0,001

\* R<sup>2</sup> ajustado= 0,1716; \*\* R<sup>2</sup> = 0,0565; \*\*\*R<sup>2</sup> = 0,0407; \*\*\*\*R<sup>2</sup> = 0,0103; \*\*\*\*\*R<sup>2</sup> = 0,0643

Logo abaixo estão apresentados os gráficos de dispersão das regressões lineares entre as Escalas Bem-Estar Espiritual, CRE total, RO, RNO e RI e a QV global do WHOQOL - bref.

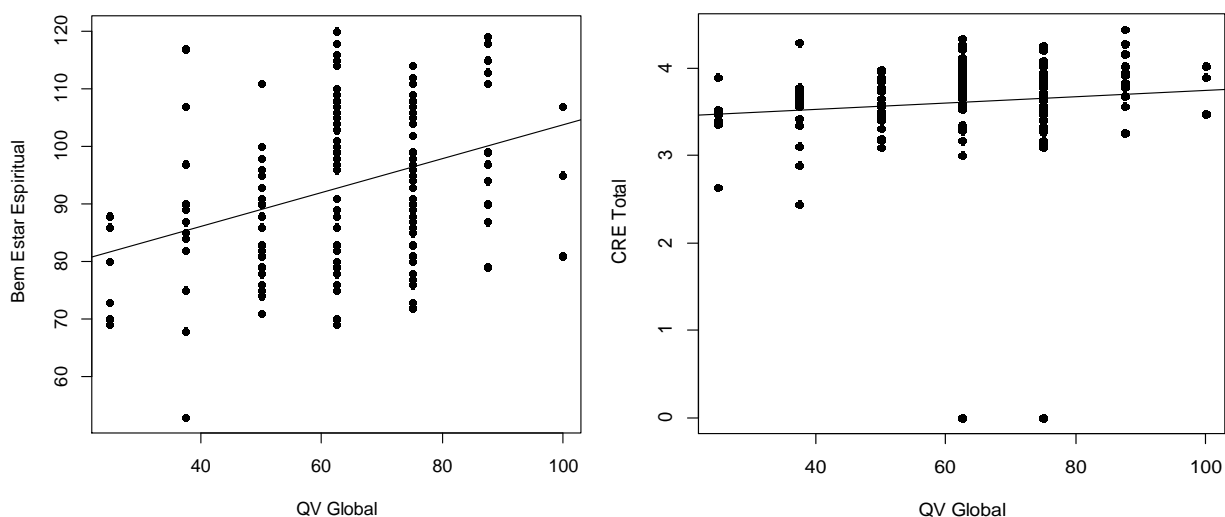


Figura 3 - Gráficos de dispersão da Regressão Linear entre as Escalas de EBE, CRE e a QV global do WHOQOL-bref.

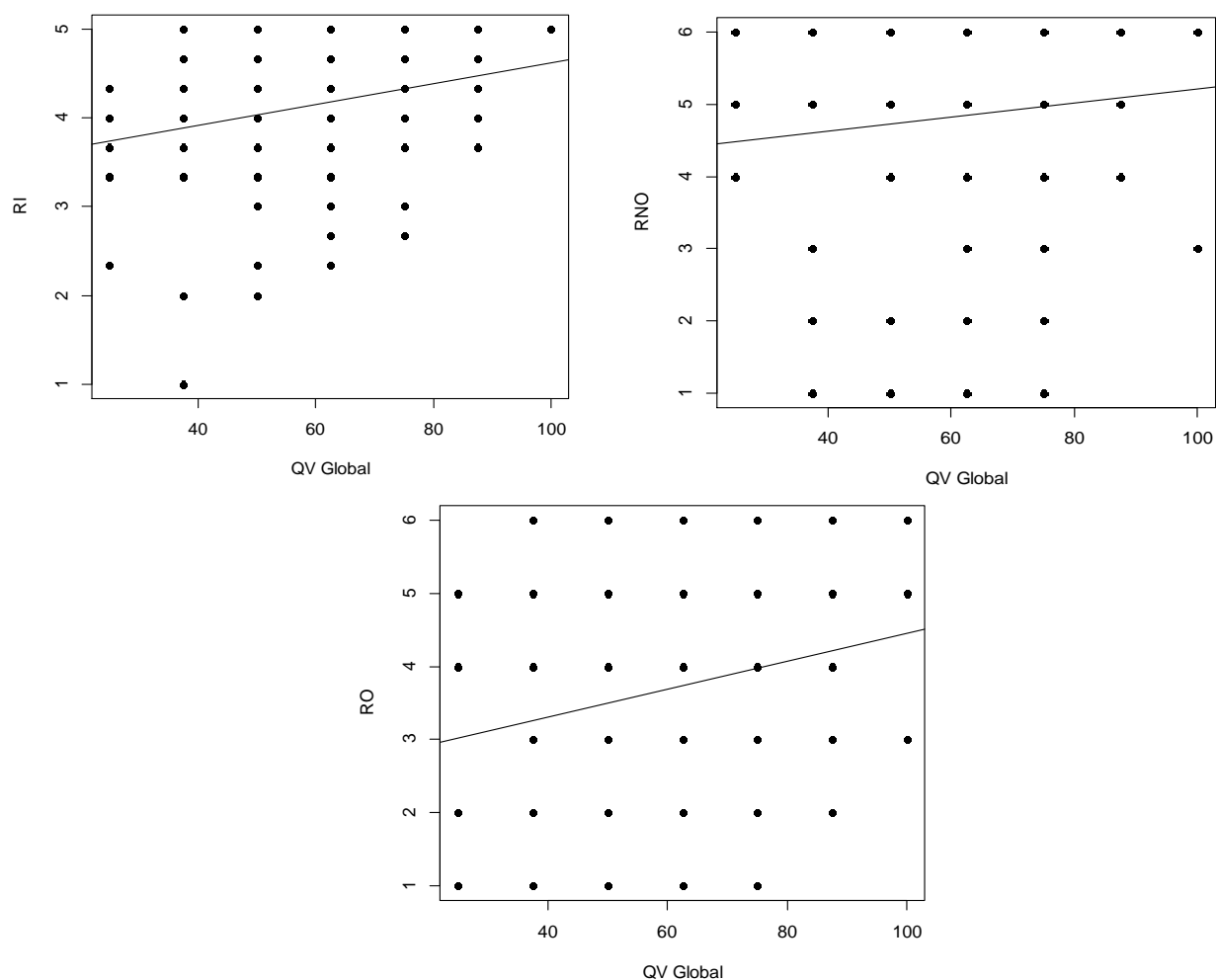


Figura 4 - Gráficos de dispersão da Regressão Linear entre o Índice de Religiosidade de Duke e a QV global do WHOQOL - bref

Pode-se perceber que a regressão linear simples respondeu ao objetivo geral proposto, quando apresentou significância estatística para a associação entre a medida da QV global do WHOQOL - bref dos idosos, com o nível de bem-estar espiritual total, uso de enfrentamento religioso e espiritual total e religiosidade organizacional e intrínseca dos idosos.

Pode-se perceber com esses resultados que os idosos que realizavam hemodiálise em Ribeirão Preto - SP valorizavam e utilizavam estratégias que envolvem a religiosidade e a espiritualidade em seu cotidiano, seu tratamento e para lidar com as situações que a doença impõe em suas vidas. E que a QV dos mesmos está relacionada, seja de forma positiva ou negativa, com os constructos bem-estar espiritual, religiosidade e o uso de enfrentamento religioso e espiritual.

*“A ciência sem a religião é manca, e a religião sem a ciência é  
cega”*

*Albert Einstein*

## ***6. DISCUSSÃO***

---

---



Neste capítulo, será apresentada a discussão das características sociodemográficas, econômicas, de saúde e religiosas dos participantes, bem como o bem-estar espiritual, o enfrentamento religioso e espiritual, o Índice de Religiosidade de Duke e a Qualidade de Vida dos idosos que realizavam tratamento hemodialítico.

## **6.1 Caracterização sociodemográfica, econômica, de saúde e religiosa dos idosos**

Dentre os resultados obtidos neste estudo, o maior percentual foi de homens, dado que corrobora outros estudos internacionais e nacionais de pacientes que realizam hemodiálise, os quais, a porcentagem de homens foi 62,5% (CHATRUNG; SORAJJAKOOL; AMNATSATSUE, 2014), 61,0%, (ZABEN, et al. 2014), 53,0 (VALCANTI, et al.; 2012), e 52,6% (LUCHETTI; ALMEIDA; LUCHETTI, 2012). No estudo de Kusumota et al. (2008), realizado com pacientes adultos e idosos que realizavam tratamento hemodialítico na cidade de Ribeirão Preto, também foi encontrado o predomínio do sexo masculino, 59,7% dos idosos (de uma amostra de 62 participantes) e 65,2% dos adultos (de uma amostra de 132 pessoas).

De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise publicado em 2014, o número total estimado de pacientes que realizam tratamento em unidades de diálise no país, em 1º de julho de 2012, foi 97.586 (SESSO et al., 2014). O número vem aumentando gradualmente ao longo dos anos: 42.695, no ano 2000, 92.091, em 2010, e 91.314, em 2011. Houve um aumento anual de 3% em relação a 2010 (SESSO, 2011). O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento em 2012, no Brasil, foi de 34.366, correspondendo a uma taxa de incidência de 177 pacientes pmp (SESSO et al., 2014). As modalidades disponíveis são: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal, e, em julho de 2012, 91,6% (89.388) dos pacientes em diálise crônica faziam tratamento por hemodiálise, destes, 51.845 (58%) eram homens e 37.543 (42%), mulheres. Isto mostra no estudo em questão que a prevalência do sexo masculino foi maior que a apresentada na população brasileira.

Estudos demonstram que o sexo masculino tem sido o mais acometido por doenças crônicas, incluindo as renais, em virtude de o homem julgar-se mais

invulnerável, o que contribui para que ele cuide menos da própria saúde e se exponha mais às situações de risco (GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005; LOUREIRO, et al.; 2011).

Ainda dados do Censo Brasileiro de Diálise, de 2012, mostram que o percentual de pacientes em diálise com idade menor ou igual a 12 anos, entre 13 e 18, 19 e 64 anos, 65 e 80 anos ou > 80 anos, foi de 0,3%, 4,2%, 63,6%, 27,7% e 4,2%, respectivamente. Nesta pesquisa, encontrou-se que a média de idade dos idosos foi de 70,1 anos e a variação entre 60 e 99 anos, sendo que a faixa etária que apresentou maior distribuição de pacientes foi entre 60 e 69 anos com 53,3% e a menor com 80 anos ou mais (4,7%), o que condiz com as informações contidas no Censo Brasileiro de Diálise, afirmando a tendência de que as pessoas que possuem problemas renais crônicos e necessitam de diálise são as mais velhas. De acordo com Tonelli e Riella (2014), a prevalência da DRC é maior em pessoas que possuem mais idade.

Com referência à cor da pele, a mais evidente foi a cor branca, e em seguida a preta. No estudo de Luchetti, Almeida e Luccheti (2012) desenvolvido em dois centros de diálise em São Paulo-SP, encontrou-se uma porcentagem de 63,9% de indivíduos de cor branca. Em outro estudo desenvolvido no Texas (EUA), a prevalência de idosos caucasianos (brancos) foi de 65,1% e de negros (afro-americanos) foi de 18,1% (STANLEY et al.; 2011).

A maioria dos idosos é casada ou reside com o companheiro, sendo que, para as mulheres, esta porcentagem é menor quando comparada aos homens, ainda 11,2% referiram viuvez. Estes dados refletem o fenômeno mundial da solidão na velhice, e também, segundo Baldin e Fortes (2008), acontecem em virtude da maior expectativa de vida das mulheres e da tendência de homens viúvos encontrarem uma nova companheira. Outra explicação pode ser devido ao fato de as mulheres casarem mais jovens que seus esposos, possuírem maior longevidade e dificilmente voltarem a casar (MORAES; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Para idosos que realizam hemodiálise, possuir um companheiro aumenta a chance de ter uma pessoa para auxiliá-los nos cuidados individuais e no domicílio, pois segundo Prezotto e Abreu (2014) o papel da família, enquanto parte da rede de apoio ao paciente renal crônico, é fundamental, visto que exerce papel de proteção e socialização dos seus membros, além de servir como apoio no enfrentamento das dificuldades advindas da doença crônica e de seu tratamento.

Quanto aos achados relacionados à escolaridade, a média de anos de

estudo foi de 5,9, e somente 5,9% não sabiam ler e escrever. Esta porcentagem reflete um aumento da escolaridade dos idosos em tratamento hemodialítico, no município de Ribeirão Preto - SP, quando comparado com o estudo desenvolvido por Kusumota et al. (2008), no ano de 2004, os quais encontraram uma porcentagem de 14,5% de idosos sem instrução.

Em outra pesquisa recente realizada no Estado de São Paulo, com pacientes em hemodiálise, Oller et al. (2012) encontraram que a escolaridade média foi de 7,55 anos, todavia, estavam incluídos na pesquisa pessoas acima de 18 anos. No estudo realizado no Texas (EUA) com pessoas acima de 55 anos, em tratamento hemodialítico, encontrou-se que todos os idosos possuíam algum grau de instrução, sendo considerados com bom nível de escolaridade (STANLEY et al.; 2011).

A baixa renda informada pelos idosos deste estudo está vinculada aos meios de obtenção da mesma, dentre eles, o grande número de idosos que já não apresentavam mais vínculo com trabalho e assim dependiam da aposentadoria e da pensão, dentre outros meios. Segundo Carreira e Marcon (2003), as pessoas com DRC necessitam de uma nova e intensa adaptação da dinâmica familiar que tende a aumentar na medida em que há evolução da doença, porquanto o paciente passa a apresentar dificuldades físicas que o impedem de assumir, de forma autônoma, seus compromissos, responsabilidades que envolvem a vida familiar, social, financeira e relacionada ao tratamento. Ainda descrevem que a DRC e seu tratamento não constituem fator impeditivo direto e absoluto para a realização de algum tipo de atividade remunerada por parte da maioria dos doentes, todavia é necessário reconhecer as limitações que são impostas à vida do paciente e as consequências do tratamento dialítico.

Ainda, Pilger et al. (2010) descrevem que a readaptação ao trabalho de pessoas submetidas a tratamentos contínuos, como o da hemodiálise, gera sentimentos de impotência devido à perda de seu papel produtivo perante a sociedade. E para os idosos que necessitam do tratamento hemodialítico deixar de realizar suas atividades profissionais pode causar frustrações, insatisfações e sentimentos de perdas com relação a sua vida.

A percepção da própria saúde é um forte indicador do estado de saúde dos idosos, porque prediz, de forma consistente, a sobrevivência desta população e pode ser influenciada pelas doenças crônicas que os idosos apresentam, fases das doenças, autonomia, independência física e financeira, dentre outros fatores (LIMA-COSTA;

BARRETO; GIATTI, 2003). Nesta pesquisa, 43,2% dos idosos relataram sua saúde como “razoável” e 40,2%, como “boa”. Com relação à percepção de saúde “boa”, estudos encontraram resultados similares, sendo um dos indicadores de percepção de saúde mais relatados para idosos que vivem na comunidade, com porcentagem de 54,6% (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011), 56,6% (BENEDETTI; MELLO; GONÇALVES, 2007), todavia, Agrawal et al. (2012) descreveram que as pessoas com DRC necessitam realizar um tratamento rigoroso, sendo mais propensas a relatar o estado de saúde regular ou ruim, comparadas àquelas sem a DRC.

Com relação às doenças autorrelatadas, neste estudo as mais frequentes foram déficit visual, HAS, catarata e DM. No estudo realizado por Agrawal et al. (2012), os quais utilizaram dados da Fundação Nacional dos Rins de Burlington, Canadá, para avaliar o acesso aos cuidados de saúde das pessoas com DRC, identificaram que estes relataram, em maior porcentagem, a presença das seguintes doenças: HAS, DM, doenças vasculares, hiperlipidemia e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

O processo de envelhecimento pode influenciar o aparecimento dos problemas de saúde, devido à diminuição contínua e progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático do organismo. Este declínio orgânico pode atingir graus elevados a ponto de reduzir as funções que, em interação aos processos patológicos concomitantes, são responsáveis pela apresentação clínica da DRC (KUSUMOTA et al., 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, o processo natural de envelhecimento está associado a uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina, e este pode ser um dos motivos, os quais os idosos da pesquisa relataram entre os problemas mais frequentes, o déficit visual (BRASIL, 2007).

Percebe-se que, nesta pesquisa, a maioria dos idosos apresentou como doenças de base a HAS e DM. Na velhice, as doenças que apresentam maiores prevalências, de acordo com estudos epidemiológicos, são reumatismo, doença mental, desnutrição, HAS, DM e também elevada incidência de doenças cerebrovasculares; sendo estas últimas - HAS e DM - as principais causas de DRC no mundo (RIBEIRO, et al., 2009).

O tempo de hemodiálise dos idosos apresentou uma grande variação entre o mínimo de 6 e o máximo de 252 meses, e a média de 3,8 anos, sendo que 70% dos idosos tinham 37 meses ou mais de tratamento hemodialítico. Luchetti, Almeida e

Luchetti (2012) encontraram uma média similar de 41,38, com desvio-padrão de 20,54 meses.

Szuster et al. (2012) desenvolveram um estudo observacional, prospectivo não concorrente, o qual incluiu na pesquisa todos os pacientes incidentes registrados na Base Nacional em Terapias Renais Substitutivas que iniciaram diálise entre 1º de janeiro de 2002 e 31 de dezembro de 2003, com um número amostral de 37.350 pessoas. E obteve como resultado que, para os iniciantes em hemodiálise, os tempos médios de sobrevida para o 1º, 2º e 3º anos de tratamento foram, respectivamente, de 10,7, 19,3 e 26,5 meses, e as funções de sobrevida para o 1º, 2º e 3º anos foram, respectivamente, de 79%, 69% e 66,5%.

Concluíram que os fatores que contribuíram para o maior risco de morte dos pacientes foram: iniciar em diálise peritoneal, ser do sexo feminino, ter idade superior a 55 anos ao início do tratamento, ter DM como causa básica da DRC com piores valores de índice de desenvolvimento humano (SZUSTER et al., 2012).

Em outra coorte, realizada em Santa Maria - RS, com 1.009 pacientes tratados por HD, durante 25 anos, encontrou-se sobrevida significativamente inferior para pacientes com DM, comparados aos sem DM, um risco significativamente maior para cada ano a mais na idade, ao iniciar o programa de HD, e um risco significativamente menor a cada ano subsequente do calendário em que os pacientes iniciaram tratamento dialítico, não havendo influência com significância estatística do sexo e etnia na sobrevida (SILVA, et al., 2009a).

Nesta pesquisa, os motivos das internações dos idosos mais evidentes foram por doenças cardiovasculares (HAS, instalação de acessos de diálise), em seguida, doenças infecciosas (infecções nas fístulas) e doenças endócrinas. De acordo com um levantamento do número de internações por idosos de 2000 a 2010, no Estado de São Paulo, os três principais grupos foram as doenças do aparelho circulatório (que representam 26,1% das internações), do aparelho respiratório (13,7%) e do aparelho digestivo (11,1%) (MENDES, 2011). Outro estudo recente realizado foi o de Prince et al. (2014), os quais descreveram que as doenças mais prevalentes e que representaram os principais colaboradores para aumento da carga de doenças em pessoas idosas são as doenças cardiovasculares (30,3% da carga total em pessoas com 60 anos ou mais), neoplasias malignas (15,1%), doenças respiratórias crônicas (9,5%), musculoesqueléticas (7, 5%) e perturbações neurológicas e mentais (6, 6%).

De acordo com Sesso et al. (2008), dentre as várias causas de internações hospitalares nos pacientes em hemodiálise, enquadram-se o acesso de diálise (25,11%), eventos cardiovasculares (16,43%) e infecções (13,8%) (SESSO, et al.; 2008). No estudo realizado em Guarapuava-PR, onde foram entrevistados 29 pacientes que realizavam hemodiálise, encontrou-se que as principais causas de internações estão relacionadas às doenças cardiovasculares (17,7%), digestivas (11,8%) e infecciosas (9,4%) (PIVATO; ABREU, 2010).

Os resultados do Censo Demográfico 2010 apresentaram um crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil. Embora a população de católicos apresentasse uma tendência de redução nos últimos 10 anos, ainda permanece majoritária (64,6%). Em paralelo, consolidou-se o crescimento da população evangélica, (22,2% da população) e indicou um aumento do total de espíritas (2,02%) e dos que se declararam sem religião (8%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Neste estudo, pôde-se perceber que as religiões mais evidentes foram a católica, seguida da evangélica e a doutrina espírita, o que corrobora os dados religiosos da população brasileira. No estudo de Valcanti et al. (2012) desenvolvido com pessoas que realizavam hemodiálise, no Estado de Minas Gerais, também encontraram, como principais religiões dos pacientes, a católica (84%), evangélica (15%) e espírita (1%).

Quando abordada esta dimensão para pacientes em hemodiálise, principalmente para os idosos, perceberam-se benefícios relacionados com a saúde física, mental, psicológica e social, o que destaca Cardoso e Ferreira (2009) quando descreveram que a religiosidade é uma variável capaz de contribuir para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos, seja por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou pelas regras de conduta moral e espiritual que ela estabelece.

Ainda no estudo de Luchetti, Almeida e Luchetti (2012) no qual foram questionadas as pessoas que realizam hemodiálise, sobre a importância e papel da religiosidade, 63,1% dos pacientes acreditavam que a religiosidade era muito importante para sua recuperação e 55,8% relataram que é muito importante para suas vidas, o que confere com os dados desta pesquisa, visto que 58,6% dos idosos relataram que a religião é muito importante para suas vidas e ainda 81% consideraram-se religiosos.

No estudo de Moreira-Almeida et al. (2010) com o objetivo de descrever o envolvimento religioso na população brasileira e sua relação com as variáveis

sociodemográficas, encontraram um alto nível de envolvimento religioso, sendo que 95% têm uma religião, 83% consideram a religião muito importante e 37% frequentavam serviços religiosos, pelo menos uma vez por semana.

Segundo Holt et al. (2014) e colaboradores, a religião utilizada como enfrentamento para as situações estressantes da vida facilita a resolução de problemas e alivia as consequências emocionais negativas advindas das doenças ou das situações difíceis que a pessoa precisa vivenciar.

## **6.2 O bem-estar espiritual e sua relação com aspectos sociodemográficos e religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise**

A mensuração do constructo espiritualidade é complexa, e os aspectos que o envolvem são muito amplos. Nesta pesquisa, foi mensurado o nível de bem-estar espiritual, visto que é um dos seus aspectos passíveis de avaliação. Este conceito, Bem-Estar Espiritual, é mensurado pela percepção subjetiva de bem-estar da pessoa em relação à sua crença, que é experimentada quando este encontra um propósito que justifica o comprometimento com algo na vida (MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009; VOLCAN, et al.; 2003).

O bem-estar espiritual já foi estudado em relação a diversos desfechos em saúde, como em doenças físicas, psiquiátricas (VOLCAN, et al.; 2003; STROPPIA, MOREIRA-ALMEIDA, 2009), pacientes com DRC (DAVISON; JHANGRI, 2013) contudo, pouco foi investigado com pacientes idosos que realizam hemodiálise.

Com relação ao bem-estar espiritual dos idosos da pesquisa, estes apresentaram moderado bem-estar espiritual total, um moderado bem-estar existencial o que representa um moderado nível de satisfação e propósito da vida e um alto bem-estar religioso, o que demonstra que possuem relação e visão positiva de Deus e do Sagrado. Os dados sugerem ainda que, apesar dos estresses e limitações que a DRC e o tratamento impõem, os idosos apresentavam bem-estar, em relação à sua crença, e um moderado propósito e sentido para sua vida.

Silva et al. (2009b) desenvolveram um estudo para avaliar o bem-estar

espiritual de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e encontraram médias similares às do atual estudo, com escore total de 94,8, situando os pacientes no nível moderado para o Bem-Estar Espiritual total, e para as dimensões, obteve-se maior grau de Bem-Estar Religioso (51,50) do que de Bem-Estar Existencial (43,37). Já na pesquisa desenvolvida no Canadá, com pessoas que realizam hemodiálise, as médias dos níveis de Bem-Estar Existencial e Bem-Estar Religioso apresentaram-se mais baixas, 42,9 e 38,8, respectivamente.

Para Koenig (2012), a espiritualidade é uma parte complexa e multidimensional da experiência humana, sendo baseada na busca inerente de cada pessoa do significado e do propósito definidos de vida e encontrada em todas as culturas. Esta dimensão tem aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais, esta última envolve o modo como uma pessoa manifesta externamente as crenças espirituais individuais e o estado espiritual interno. Muitas pessoas encontram sua espiritualidade por meio da religião ou de um relacionamento pessoal com o divino, e de acordo com estas definições e ao fato de 92,6% da população brasileira possuir uma religião (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010), pode-se sugerir que este é o motivo pelo qual os idosos brasileiros apresentaram maiores médias do Bem-Estar Espiritual que os canadenses.

O tema da espiritualidade está em voga, visto que verifica-se uma renovação do interesse pelos clássicos da espiritualidade de todas as religiões, e mais do que um simples fenômeno do passado, é reconhecida como um importante agente para a transformação pessoal e social no presente, desempenhando também um papel bastante significativo no diálogo inter-religioso, na educação, nas negociações de paz, no movimento das mulheres, na ecologia e em outros processos da atualidade (KING, 2002). Estes movimentos podem refletir uma maior busca pelo bem-estar espiritual.

Nesta pesquisa, as mulheres idosas apresentaram maiores médias para todas as subescalas de Bem-Estar Espiritual, o que apresenta similaridade com o estudo realizado por Davison e Jhardi (2010) os quais encontraram que as mulheres possuíam melhor média na escala de crenças espirituais, no nível de bem-estar religioso, e menor no nível de bem-estar existencial, quando comparadas com aos homens.

Mesquita et al. (2013) identificaram que mulheres com câncer utilizam mais da religiosidade e espiritualidade para enfrentar a doença e obtiveram escores médios



mais altos nos instrumentos que mensuram estes construtos. Contudo, no estudo de Koo, Rie e Park (2004), que investigaram as diferenças de idade e gênero sobre o bem-estar subjetivo, encontraram que as mulheres idosas possuíam um menor nível de bem-estar subjetivo, quando comparadas com os homens, e concluíram que as mulheres tendem a relatar níveis mais baixos de bem-estar emocional e subjetivo.

De acordo com os resultados do estudo de Cardoso e Ferreira (2009), sobre o envolvimento religioso e o bem-estar subjetivo na velhice, estes relataram que a religião proporciona um suporte espiritual, emocional e social na velhice, além de ser um fator importante para o bem-estar subjetivo.

Com relação à religião, o brasileiro altera sua crença mais do que de renda, ocupação, estado civil ou número de filhos (SANCHES, 2006). E com relação à religião, o número de adeptos da religião católica diminuiu no último censo, como supracitado, e segundo esse mesmo autor, é especialmente na periferia dos grandes centros urbanos brasileiros que a Igreja Católica perde sua força, enquanto as Igrejas Evangélicas proliferam suas atividades e defendem, acima de tudo, ser a fé o elemento fundamental para a salvação do indivíduo. Este contexto pode estar relacionado ao fato de idosos evangélicos apresentarem maior média para o bem-estar espiritual total e bem-estar religioso.

O termo evangélico, na América Latina, designa as religiões cristãs originadas ou descendentes da Reforma Protestante Europeia do século XVI, sendo usado como sinônimo de protestante, o qual é dividido em duas grandes correntes: 1) evangélicos históricos que são fiéis às tradições trazidas pela Reforma Protestante no século XVI, também conhecidos como evangélicos tradicionais ou de missão; 2) evangélicos pentecostais: chegados ao Brasil em 1910, aceitam as manifestações espirituais do Espírito Santo, como o “falar línguas estranhas”, característico do milagre bíblico do Pentecostes (At: 2,1-13). Estes evangélicos pentecostais ainda sofreram uma cisão e deram origem a um ramo um pouco mais liberal, frente à cultura brasileira, conhecidos como evangélicos neopentecostais. Estes, por sua vez, possuem uma forma muito sobrenaturalista de encarar sua vida religiosa, com ênfase na busca de revelações diretas da parte de Deus, de curas milagrosas para doenças e uma intensa batalha entre forças espirituais do bem e do mal que afirmam ter consequências diretas na vida cotidiana (CAMARGO, 1973; CAMPOS JÚNIOR, 1995; SANCHES, 2006).

A espiritualidade está relacionada com as questões maiores da vida,

porque permite às pessoas questionar, procurar e encontrar o sentido da sua vida, e além deste sentido, está intimamente relacionada com as crenças, valores e transcendência individual, além de ser vivenciada de um modo diferente para cada pessoa. Os idosos, por se aproximarem do fim da vida, adotam uma prática religiosa ou espiritual mais regular, retomando o conforto da fé ou uma doutrina de vida que lhes permita encontrar sentido e paz (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014; PUCHALSKI, 2012).

Todavia, neste retorno e encontro da espiritualidade individual, os idosos podem ser acometidos por conflitos internos e subjetivos e apresentar diagnósticos negativos frente à espiritualidade, como no trabalho desenvolvido por Caldeira, Carvalho e Vieira (2014) as quais encontraram que 42,2% dos idosos que possuíam câncer apresentavam angústia espiritual. Este fato pode remeter ao achado deste estudo que revela uma correlação inversa entre idade e os escores do bem-estar espiritual total e suas subescalas, indicando que quanto maior a idade, menor o bem-estar espiritual total, bem-estar religioso e bem-estar existencial. Este achado corrobora o estudo de Davison e Jhangri (2010) os quais encontraram que a idade teve uma correlação inversa com os escores espirituais de pessoas com DRC.

Já no estudo de Travado et al. (2010), os autores encontraram que não houve diferença estatística quando avaliadas a idade e a espiritualidade, mas o grupo que apresentou maior espiritualidade tende a ser mais velho. Porém, os autores mensuraram o constructo espiritualidade, por meio de uma questão avaliada em uma escala de 0 a 10 pontos.

Marques (2003) desenvolveu um estudo com intuito de avaliar o nível de bem-estar espiritual de adultos porto-alegrenses e concluiu que os dados encontrados ofereciam suporte para se afirmar que há uma relação positiva significativa entre saúde e bem-estar espiritual. E descreve que as pessoas que apresentaram maior bem-estar espiritual são as pessoas religiosas que percebem sua saúde de forma positiva, possuem de 1 a 3 filhos, não sofreram efeito estressante, não sofreram com problemas crônicos de saúde, possuem níveis educacionais mais baixos (no que tange à religiosidade), possuem nível de educação mais alto (para a subescala existencial) e não estão em tratamento psicológico.

Alguns achados da atual pesquisa não corroboram o estudo supracitado, principalmente pelo fato de que os idosos, com maior número de comorbidades, internações e tempo de hemodiálise apresentaram maior nível de bem-estar espiritual

total, bem-estar religioso e bem-estar existencial. O que pode facilitar o entendimento deste resultado é que, com o envelhecimento, as pessoas se voltam para seu interior, nutrindo valores duradouros e para o conceito de um ser supremo, desse modo, os idosos se voltam para os relacionamentos mais significativos, práticas religiosas e a espiritualidade inerente a cada um (LINDOLFO, SÁ, ROBERS, 2009).

Ao analisar a relação entre a presença de doenças e o bem-estar espiritual, Johannessen-Henry et al. (2013) realizaram um estudo com 1.043 pacientes oncológicos, tendo o objetivo de avaliar como a fé e o bem-estar espiritual estavam associados com o sofrimento psicológico (*distress*) e encontraram uma associação entre elevado bem-estar espiritual, menor *distress* e maior adaptação à doença.

Os brasileiros têm uma forte fé em Deus, e, na dimensão espiritual, muitas pessoas creditam sua melhora de saúde mais às forças espirituais que ao tratamento médico recebido (ROCHA; FLECK, 2011). E ainda há um crescente crescimento na literatura científica da relação positiva entre espiritualidade e religiosidade, saúde física, mental e qualidade de vida (SILVA et al., 2009b). Diante desse contexto, percebe-se um dos possíveis motivos pelo qual houve uma correlação positiva e significativa quando avaliado o bem-estar espiritual com os domínios da qualidade de vida do WHOQOL-bref. Apenas não foi significativa a correlação entre o domínio meio ambiente com o bem-estar religioso, contudo o domínio psicológico se correlacionou moderadamente com o bem-estar espiritual total, bem-estar religioso e bem-estar existencial.

No estudo de Davison e Jhangri (2010) que avaliaram a relação da QV relacionada à saúde de pacientes com DRC e o bem-estar espiritual, encontraram que este constructo foi moderadamente associado com diversos domínios do instrumento *Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL-SF*, versão 1.3, incluindo os efeitos e a carga dos sintomas da DRC, função cognitiva, sono, relações sociais e saúde mental. Ainda explicaram que a espiritualidade pode afetar a saúde do paciente por meio de muitos mecanismos, e as crenças espirituais e religiosas podem proporcionar significado, esperança e conforto, mesmo em situações de extremo sofrimento. Além do mais, a espiritualidade pode ajudar a preservar e melhorar a QVRS, mesmo com os desafios físicos, sociais e emocionais que a DRC impõe em suas vidas.

### **6.3 A religiosidade e sua relação com aspectos sociodemográficos e religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise**

A religião, como fenômeno humano, é um tema complexo, subjetivo e que envolve, ao mesmo tempo, diversas áreas como a psicologia, sociologia, antropologia, história, política, teologia, filosofia, além de ser uma das dimensões mais marcantes e significativas da experiência humana (GONÇALVES, 2011). Para Koenig (2012), a prática da religião e da atividade religiosa é definida como religiosidade que pode ser pública e institucional (religiosidade “organizacional”) privada, pessoal e individual (religiosidade “não organizacional”) ou subjetiva (religiosidade intrínseca).

A religiosidade tem sido reconhecida como uma importante fonte de apoio entre pessoas que lidam com situações estressantes (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010), este fato pode ser um dos fatores pelo qual a maioria dos idosos da pesquisa apresentaram alta RO, RNO e RI.

A religiosidade entre os gêneros parece ser diferente na maioria das culturas, nesta pesquisa, as mulheres idosas apresentaram maior RO, RNO e RI que os homens; dados que corroboram o estudo de Moreira-Almeida et al. (2010) os quais encontraram que a maior idade e o sexo feminino foram correlacionados com maiores níveis de religiosidade. No estudo de Maltby et al. (2010) realizado na Irlanda do Norte-Reino Unido, encontrou-se que as mulheres apresentaram maior religiosidade extrínseca-pessoal (RO e RI), já os homens apresentaram maiores médias com relação à frequência de orações e à realização de preces e orações para os outros (RNO).

Como já mencionado, a religião e a espiritualidade são fenômenos relevantes na vida dos brasileiros, especialmente na velhice, já que o envelhecimento traz consigo questões existenciais que a religião tenta responder, e ainda é identificada como fonte de significação na vida (DUARTE; WANDERLEY, 2011). Ainda esses autores descrevem que esta dimensão pode auxiliar no enfrentamento de eventos, considerados, frequentemente, estressores para os idosos, como perda da beleza, do vigor da juventude; a perda de um corpo saudável para dar lugar à convivência com doenças crônicas; a perda de familiares, amigos e a perda de

independência e/ou autonomia. O que pode comprovar os achados deste estudo, quando os idosos com faixa etária de até 80 anos apresentaram maior RO, todavia, os de 80 anos ou mais apresentaram maior RNO e RI.

Foi observado que os idosos evangélicos obtiveram maiores médias para os três tipos de religiosidade, tal diferença pode estar relacionada ao fato de os evangélicos enfatizarem fortemente os aspectos doutrinários e a devoção pessoal, e, em consequência, apresentarem maior adesão às crenças religiosas (CARDOSO; FERREIRA, 2009).

Já com relação à cor da pele, Holt et al. (2014) descreveram que alguns segmentos da população dos EUA tendem a ser mais envolvidos religiosamente que outros, por exemplo afro-americanos e as mulheres. E ainda salientaram que poucas pesquisas que envolvem religião e saúde são realizadas com os afro-americanos e que isso é lamentável, pois estes apresentaram maior envolvimento religioso e experimentaram uma carga maior de doenças. Este quadro demonstra a situação dos EUA, contudo, corrobora os dados encontrados nesta pesquisa, a qual encontrou que os idosos da cor de pele preta obtiveram maiores médias para os três tipos de religiosidade.

Sabe-se que a África apresenta características que unem suas populações no que diz respeito às práticas religiosas. A libertação que emana da atividade de busca da cidadania pela religiosidade aponta para uma fé engajada na realidade social e por cidadania, ou seja: busca de espaço para a participação social (AGUIAR, 2009). Esse mesmo autor descreve que as discriminações e preconceitos sofridos pelos povos afrodescendentes revelam um povo que, por onde passa, ocupa os piores lugares, e a religião, nessas situações marginais, tem sido uma porta de acesso às situações de crescimento, igualdade e de conquista de seu lugar social.

Macedo (2008) afirma que o quadro religioso brasileiro foi formado por um mosaico de crenças supostamente sob a hegemonia católica, sendo que a prática e os encontros religiosos ocorreram de forma mais aberta, explícita, onde culturas se influenciaram, misturaram e interpenetraram, e isso facilitou a convivência e trocas culturais recíprocas entre as crenças.

A religiosidade faz parte da vida de um grande contingente de idosos, além de constituir uma dimensão central na vida dos mesmos, sendo, muitas vezes, relacionada ao surgimento, à manutenção e às possibilidades de atenuação de agravos à saúde física e mental (FLORIANO; DALGARRONDO, 2007). Todavia,

muitas vezes, alguns idosos possuem dificuldade de frequentar as instituições religiosas devido às limitações impostas pela idade, à presença das complicações advindas da DRC, e a própria hemodiálise pode restringir o tempo e a disposição física e psicológica para participação dos idosos em rituais religiosos. Visto que, na maioria das vezes, causam incapacidades físicas e emocionais que interferem na vida dos adultos e idosos, limitando ou impedindo a realização de suas atividades diárias (KUSUMOTA, et al. 2008).

Esse fato pode ser um dos motivos pelo qual houve correlação inversa entre as variáveis, idade e comorbidades com RO, o que mostra que quanto maiores a idade e o número de comorbidades menor a religiosidade organizacional. Segundo Koenig e Bussing (2010), religiosidade organizacional (RO), que representa a questão 1 da escala, está relacionada com a frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.). Moreira-Almeida et al. (2010) ainda descreveram que pessoas de maior idade podem ter alto nível de religiosidade, porém devido a suas limitações físicas não são capazes de frequentar assiduamente os serviços religiosos.

Como supracitado, a religião auxilia no enfrentamento de situações estressantes, na promoção de um melhor bem-estar físico, emocional, psicológico e oferece suporte social. Para complementar, Lima et al. (2014) descreveram em seu estudo desenvolvido com 400 homens da cidade de João Pessoa, que além do papel dúbio exercido pelas crenças religiosas, percebeu-se que, para os homens da sua pesquisa, a baixa religiosidade ou sua ausência apresentaram-se de modo negativo na adoção de comportamentos saudáveis e a busca por cuidados médicos, visto que, este dado se correlacionou com a existência de crenças masculinas impeditivas à procura por serviços de saúde. Ainda encontraram que os participantes que possuíam renda de até 3 salários-mínimos e menos que 12 anos de escolaridade apresentaram maior concordância com as crenças.

Neste estudo, os dados referentes à renda e ao nível de escolaridade corroboraram o estudo de Lima et al. (2014), pois houve correlação inversa entre as variáveis, anos de estudo e renda com as três subescalas, RO, RNO e RI. Também apresentou resultados similares com a pesquisa de Gonçalves (2010) a qual a RI de pacientes com epilepsia do lobo temporal apresentou correlação inversa com o nível de escolaridade.

Ainda com relação a algumas variáveis e sua relação com a religiosidade,

Lima e Gualda (2001) realizaram uma análise de uma história oral de seis pacientes com DRC em hemodiálise, na qual foi possível verificar que a fé destes pacientes, em um ser superior, aparece como fonte de esperança e força para o enfrentamento das situações difíceis, para cuidar de si próprio e conformação, perante os fatos que não podem ser modificados. Isso pode explicar que quanto maior o tempo de tratamento hemodialítico maior a religiosidade, para as três subescalas RO, RNO e RI, conforme os resultados da pesquisa. Outra possível explicação é que os pacientes que possuem doenças crônicas apegam-se à fé e ao ato religioso como forma de encontrar um apoio e um alívio para sua dor (NEPOMUCENO, 2011).

A DRC é considerada um grande problema de saúde pública, pois causa elevadas taxas de morbidade e mortalidade e, além disso, gera impacto negativo sobre a QV, dessa forma este constructo tem se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde (MARTINS; CESARINO, 2005).

Quando correlacionada a religiosidade com os domínios da QV, observou-se que o domínio físico correlacionou -se positivamente com a RO, RNO e RI, tendo apresentado significância estatística apenas para a RO, o que apresenta similaridade com o estudo de Nepomuceno (2011) que avaliou a religiosidade e a QV de pacientes com DRC, por meio da escala de atitude religiosa e não verificou correlação com significância estatística de nenhum componente da escala de atitude religiosa com o domínio físico, que é o aspecto mais comprometido dos pacientes com DRC.

Zaben et al. (2014) encontraram, em seu estudo, que as práticas religiosas foram associadas com melhor funcionamento físico e ainda descreveram que a religiosidade tem o potencial de influenciar a saúde física e mental de pacientes em diálise, afetando também a decisão de continuar ou não com o tratamento hemodialítico.

Com relação ao aspecto mental, nesta pesquisa, foram encontradas, para os domínios psicológico, relações sociais e para a QV global, correlações positivas com RO, RNO e RI. Ratificando estes achados da pesquisa, Zaben et al. (2014) concluíram, em seu trabalho, que o resultado mais importante que encontraram foi que as crenças e práticas religiosas foram associadas com melhor saúde física e mental, e que pacientes mais religiosos em diálise possuem melhores índices nas funções psicológica e mental.

Quando correlacionadas as facetas do WHOQOL-old com as subescalas

do índice de religiosidade, foram encontradas correlações inversas para funcionamento dos sentidos e autonomia. Estas facetas estão relacionadas com aspectos físicos da QV, o qual é o domínio que apresenta maior fragilidade nos pacientes com DRC. Já para as facetas que envolvem aspectos emocionais, relações sociais, íntimas, como atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade, a correlação foi positiva.

Na avaliação da QV do idoso, é importante ressaltar a complexidade da tarefa e a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica, sociocultural, espiritual e religiosa, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice e podem influenciar a QV (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

Pode-se observar que, nesta pesquisa, a religiosidade se relacionou positivamente ou inversamente com vários aspectos da vida do idoso, desde a idade, religião, tempo de hemodiálise, dimensões físicas, sociais, psicológicas e do meio ambiente que envolve a QV. E estes fatos remetem à importância de trabalhar com este constructo para promoção da saúde e para fornecer conforto, esperança, força, melhorar a recuperação e prevenção de complicações advindas das comorbidades presentes. Também demonstra a importância de valorizar as crenças e a religiosidade de cada idoso, pois esta dimensão representa a forma como a pessoa lida e se comporta perante situações difíceis do cotidiano.

#### **6.4 Enfrentamento religioso e espiritual e sua relação com aspectos sociodemográficos, econômicos, religiosos e com a qualidade de vida dos idosos que realizavam hemodiálise**

As doenças crônicas podem representar uma ameaça às aspirações e aos projetos de vida de algumas pessoas, principalmente quando se trata dos idosos. Visto que pessoas com esse tipo de doença necessitam manter o controle rigoroso no seu estilo de vida, além da vigilância constante sobre os sinais e sintomas que, se não controlados, podem levar a complicações e até à morte (TRENTINI et al., 2005).

A dimensão espiritual e religiosa e sua relação com a saúde tornou-se um



paradigma evidente e necessita ser estabelecido na prática diária do profissional de saúde, visto que tanto a religiosidade como a espiritualidade são estratégias que os idosos utilizam em seu cotidiano, no sentido de buscar apoio nas situações estressantes, relacionadas à finitude, à distância da família, ao contexto socioeconômico, à institucionalização e a problemas crônicos de saúde e suas complicações (VITORINO; VIANA, 2012).

Para Panzini e Bandeira (2005), quando as pessoas se voltam para a religião ou espiritualidade para lidar com algum estresse, acontece o enfrentamento religioso e espiritual que é o processo pelo qual o indivíduo, por meio de sua espiritualidade, crença ou comportamento religioso, tenta entender e/ou lidar com importantes desafios pessoais ou situacionais em sua vida. Ao avaliar o uso do enfrentamento por meio da Escala CRE abreviada neste estudo, todos os idosos em tratamento hemodialítico fizeram uso do mesmo. A média dos valores de CRE total foi de 3,62, refletindo que a média de utilização foi elevada. O CRE positivo enquadrou-se no escore de média utilização, o CRE negativo no escore de baixa utilização. Estes achados corroboram o estudo realizado por Valcanti et al. (2012) que desenvolveram uma pesquisa com pacientes em hemodiálise em Minas Gerais e encontraram que a média dos valores de CRE total foi de 3,84 ( $s=0,327$ ), o que reflete um escore alto, a média do CRE negativo foi de 1,49 ( $s=0,403$ ), enquadrando-se no escore irrisório e a média do CRE positivo foi de 3,18 ( $s=0,69$ ), enquadrando-se no escore médio da escala. E descreveram ainda que foi possível constatar que todos os pacientes em hemodiálise usavam tais estratégias como forma de enfrentar a sua condição de saúde e destacaram a importância de o profissional de saúde compreender os processos e estratégias utilizados pelos pacientes, pois permite oferecer apoio adequado, de modo a facilitar o enfrentamento da doença.

Com relação à variável sexo, as mulheres apresentaram maiores médias para o CRE positivo e total, enquanto os homens apresentaram o CRE negativo. Outros estudos encontraram resultados semelhantes (MESQUITA et al., 2013; VALCANTI et al., 2012). De acordo com Moreira-Almeida et al. (2010) e Valcanti et al. (2012), as mulheres e os idosos possuem maior envolvimento religioso, sendo que estes dados se alinham com dados desta pesquisa, quando comparado ao sexo.

Nesta pesquisa, para todas as religiões e doutrinas, o nível de CRE total apresentou-se alto, o que comprova as evidências de que o Brasil, o segundo país mais populoso da América, apresenta, como os EUA, altos níveis de envolvimento

religioso. Ainda Moreira-Almeida et al. (2010) descreveram que a religiosidade é importante para a maioria dos seres humanos, inclusive os brasileiros, e essa importância é ainda maior entre mulheres e idosos, os quais são dois grupos com necessidades específicas de cuidados em saúde e para quem a religiosidade é frequentemente um importante modo de lidar com situações estressantes.

Todavia, para os idosos da pesquisa, observou-se que houve correlação inversa entre idade e CRE positivo, negativo e total, com significância estatística para o CRE negativo, o que pode sugerir que quanto maior a idade menor o uso de enfrentamento religioso e espiritual, principalmente o negativo.

No estudo realizado por Vitorino e Viana (2012), os autores encontraram que a utilização do CRE total pelos idosos participantes da pesquisa foi classificada como “alta”, e que o grupo de idosos mais velhos apresentaram comportamentos e atitudes religiosas mais significativas que os idosos mais novos, fato não encontrado nesta pesquisa. Mas os dados deste estudo corroboraram a pesquisa realizada por Valcanti et al. (2012), os quais observaram uma baixa utilização de enfrentamento religioso e espiritual pelos idosos e destacaram que foi possível inferir que os indivíduos de maior idade podem ter alta religiosidade, mas podem não ser capazes de frequentar assiduamente serviços religiosos em razão de limitações físicas, diminuindo assim sua pontuação final de enfrentamento religioso e espiritual.

No processo de validação da escala de CRE para a cultura brasileira, as autoras Panzini e Bandeira (2007) verificaram evidências da busca e importância da religião diante de situações de crise, como na saúde e doença, no processo de envelhecimento e na morte. Analisando as correlações encontradas nessa pesquisa, observaram que os idosos sentiram-se confortáveis quanto à utilização da crença e ao comportamento religioso e espiritual, devido à média apresentada, todavia, houve correlações inversas com a idade, sendo significativa apenas para o CRE negativo.

Segundo Luchetti, Almeida e Granero (2010), quando descreveram em seu artigo o que os nefrologistas deveriam abordar sobre a espiritualidade, concluíram que a espiritualidade e a religiosidade possuem um papel importante para o paciente que realiza diálise, pois se mostra relacionada com pontos importantes na própria interação profissional-paciente, QV e enfrentamento da doença. Este fato pode corroborar um dos achados do estudo, que quanto maior o tempo de diálise maior o uso de estratégias religiosas e espirituais positivas e menor o uso das negativas.

Segundo Valcanti et al. (2012), isso justifica-se pelo fato de que, conforme

maior o tempo de hemodiálise, o número de estressores com o qual o paciente precisa lidar aumenta, sejam eles psicossociais ou fisiológicos, o que leva ao maior uso de modos de enfrentamento da DRC. Ainda Bertolin (2007) encontrou no seu estudo que os fatores com os escores médios mais elevados do Inventário de Estratégia de Enfrentamento de Folkman e Lazarus (1988) foram confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva frente a Deus, sugerindo maior uso dos modos de enfrentamento positivo pelas pessoas com maior tempo de tratamento hemodialítico.

Quando correlacionados os constructos da escala CRE abreviada e QV, pôde-se verificar que houve correlações entre os domínios do WHOQOL-bref e as facetas do WHOQOL-old, todavia nem todas tiveram significância estatística. Todos os domínios do WHOQOL- bref se correlacionaram negativamente com o CRE negativo, e os que apresentaram significância estatística foram o domínio psicológico e o meio ambiente. As características que envolvem o domínio psicológico e meio ambiente abrangem os sentimentos positivos, a autoestima, imagem corporal, aparência, segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer.

De acordo com alguns autores, os pacientes que realizam hemodiálise possuem maior facilidade de adquirir estresses psicológicos, além de apresentarem alta prevalência de depressão, sendo associados com aumento da mortalidade. Ainda descrevem que as evidências indicam que os pacientes com DRC e que realizam hemodiálise possuem a QV comprometida, quando comparada com a população sem a doença (FINKELSTEIN; WUERTH; FINKELSTEIN, 2009; RAMIREZ, et al. 2012; WEISBORD, et al. 2007).

O impacto das alterações biológicas, cognitivo-funcionais, emocionais, sociais e econômicas, decorrentes do processo de envelhecimento, pode aumentar os sintomas de estresse nos idosos, e estas situações novas e imprevisíveis podem influenciar sua autoidentidade, autonomia e intelectualidade e podem ser negativamente avaliadas. Entretanto, além da característica do evento estressor, as alterações decorrentes do processo de envelhecimento dependem dos recursos internos e externos de enfrentamento.

Assim, características individuais como traços de personalidade, bem como suporte social e familiar podem, adicionalmente, interferir na adaptação e controle de

uma determinada situação estressora (MONAT; LAZARUS; REEVY, 2007; TALARICO et al., 2009). Este contexto pode relacionar-se com o fato de a correlação entre o escore médio das facetas atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade com o enfrentamento positivo e total apresentar-se positiva e com significância estatística.

Mesmo diante de situações estressantes que o envelhecimento e a DRC podem trazer para a vida do idoso, Frankl (2003) descreve que é possível transformar uma tragédia em uma conquista humana, para isso lança mão do conceito de *valor de atitude*, como um valor capaz de dar sentido à vida. Para esse autor, o sofrimento, quando rico de significado, pode transformar-se em desempenho e auxiliar o homem a enxergar outras possibilidades frente às desventuras inevitáveis que se apresentam ao longo da vida (MELO et al., 2013). Um exemplo disso é a forma como algumas pessoas lidam com a morte, o que evidencia os achados referentes à faceta morte e morrer que apresentou correlação inversa com o enfrentamento positivo, negativo e total. Isto pode significar que alguns idosos superaram este “sofrimento” ou “pré-ocupação” referente à finitude e não necessitam de estratégias para enfrentar ou lidar com a morte.

Para Vitorino e Vianna (2012), os estudos sobre estresse e enfrentamento tendem a reforçar a visão de que o envelhecimento pode levar a um desenvolvimento espiritual e à utilização de estratégias de enfrentamento de cunho religioso e espiritual.

Nesta pesquisa, pode-se observar que os idosos utilizavam estratégias religiosas e espirituais para enfrentar sua condição crônica, e esta utilização foi influenciada de forma mais ou menos intensa por aspectos biológicos, sociais, econômicos, clínicos, como idade, gênero, religião, tempo de hemodiálise, número de comorbidades e internações, além das vivências individuais para cada domínio e faceta da QV. Pode-se perceber, a partir da discussão acima, que a fé e os recursos que ela proporciona colaboraram para amenizar os sintomas, auxiliaram na manutenção do controle das doenças crônicas e/ou na melhora da capacidade funcional e, principalmente, nas situações estressantes que a doença impõe na sua vida.

## **6.5 A qualidade de vida e sua relação com aspectos sociodemográficos, o bem-estar espiritual, a religiosidade e a utilização de estratégias religiosas e espirituais de idosos que realizavam hemodiálise**

Mensurar a QV de idosos é uma tarefa complexa e implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural e requer a análise de vários aspectos, tais como relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional, boa saúde, hábitos saudáveis, lazer, bens materiais, trabalho, longevidade, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, renda, *status* social e continuidade de papéis familiares, espiritualidade e religiosidade (SANTOS, 2014).

Com o processo de envelhecimento, há uma diminuição contínua e progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático do organismo, em decorrência deste declínio, ocorre a diminuição gradual e progressiva da capacidade funcional dos idosos que pode limitá-los na realização de atividades da vida diária e conseqüentemente apresentar pior QVRS para as dimensões relacionadas à saúde física dos idosos em hemodiálise (KUSUMOTA et al., 2008). Dados esses que apoiam os achados encontrados nesta pesquisa, visto que o domínio físico apresentou o menor escore, quando comparado aos outros domínios do WHOQOL- bref. Este dado se assemelha com os da literatura científica, em estudos que utilizaram instrumentos diversos que mensuram o domínio físico (KUSUMOTA et al., 2008; LUCHETTI; ALMEIDA; LUCHETTI, 2012; MARTINS, CESARINO, 2005; NEPOMUCENO, 2011).

No estudo de Ferreira e Silva Filho (2011), os escores médios do WHOQOL-bref obtidos para a população total de pacientes com DRC em hemodiálise foram em ordem decrescente de médias dos domínios relações sociais (67,63); psicológico (62,72); meio ambiente (59,59) e físico (55,99). Esses achados corroboram os dados da pesquisa em questão, quando analisada a ordem decrescente dos escores da QV.

O domínio psicológico e as relações sociais representaram fatores de proteção contra os efeitos negativos em situações de estresse elevado, e ainda o

suporte social oferecido pelos familiares, e as ações dos profissionais de saúde contribuem positivamente para os estados de humor depressivo entre os pacientes, além de melhorar a adesão ao tratamento (FERREIRA; SILVA FILHO, 2011). Ainda Floriano e Dalgalarondo (2007) descreveram que observar o idoso dentro de um contexto familiar e social, com suas limitações, rede de relações e crenças é fundamental para a compreensão e entendimento do processo saúde e doença e os determinantes da QV.

E quando se trabalha com a velhice e morte, por serem temas próprios, expressivos e inerentes à vida humana, varia no modo de percepção positiva ou negativa, de acordo com a experiência subjetiva de cada idoso, bem como do contexto cultural no qual este idoso está inserido. Nesta pesquisa, pôde-se perceber que, quando comparado com o escore da QV global, o escore da faceta morte e morrer do WHOQOL-old apresentou um alto escore médio para este domínio.

O envelhecer e o morrer são inerentes à vida humana em todas as suas dimensões, porém, as interpretações e os sentimentos que envolvem estes conceitos variam de um ser humano para outro. A morte para os idosos pode ser compreendida não como um ponto final na existência, e sim como um elemento constitutivo dela. Ainda a compreensão acerca da finitude na perspectiva do idoso, o qual vive o processo de envelhecimento e está na iminência da morte, é um passo importante para fomentar a reflexão, buscando uma forma positiva de lidar com tais questões (ZINN; GUTIERREZ, 2008), infere-se que a forma positiva de lidar com este fenômeno possa ser um dos motivos de os idosos apresentarem alto escore para a faceta morte e morrer.

A faceta participação social apresentou o menor escore de QV, segundo o WHOQOL-old para os idosos deste estudo. Tal resultado pode ser relacionado às limitações que os idosos apresentam, ao longo do processo de envelhecimento, como já mencionado, para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e que se acentua quando possui a DRC. Visto que esta doença impõe aos pacientes restrições e limitações, principalmente após a introdução do tratamento dialítico, muitas pessoas podem se tornar incapazes de desenvolver atividades do cotidiano, sendo necessário o auxílio de terceiros (OLLER et al., 2012).

Ainda discutindo sobre as limitações que o envelhecimento e a DRC impõem na vida dos idosos, encontrou-se correlação inversa com significância estatística entre a variável comorbidades e os quatro domínios de QV (físico,

psicológico, relações sociais e meio ambiente). O que corrobora os achados do estudo de Rocha e Fleck (2011), os quais avaliaram a associação entre presença de uma doença crônica e QV e encontraram que os pacientes (que apresentavam doenças crônicas) tiveram as médias significativamente mais baixas na maioria dos domínios de QV, incluindo QV global, quando comparados com pessoas saudáveis.

Outro estudo que teve como objetivo fornecer uma normativa sobre os escores da QV do WHOQOL-bref de uma amostra de brasileiros e apresentar a relação com algumas variáveis sociodemográficas relatou que a baixa QV foi observada nos seguintes grupos, sexo feminino, baixa condição econômica, baixo nível educacional e o grupo que apresentou maior número de condições crônicas (CRUZ et al., 2011).

Oller et al. (2012) ainda complementaram que as causas da DRC e outras comorbidades que progridem, ao longo do tempo, em hemodiálise podem provocar incapacidades físicas, emocionais e sociais para os pacientes acometidos, e que as doenças crônicas apresentaram, em seu estudo, uma forte influência na independência funcional dos pacientes, em especial no idoso.

Ainda, de acordo com o estudo de Cruz et al. (2011) no domínio meio ambiente do WHOQOL-bref, quanto maiores a renda e a escolaridade, maior o escore deste domínio, o que corrobora os achados deste estudo, o qual encontrou correlação positiva com significância estatística, indicando que quanto maiores os anos de estudo e renda maiores os escores da QV para o domínio meio ambiente. Esses dados podem estar relacionados ao fato de que este domínio representa os seguintes conceitos: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (FLECK et al., 2000).

A renda também se correlacionou positivamente com as facetas do WHOQOL- old autonomia, morte e morrer, intimidade e QV global. Vecchia et al. (2005) realizaram um estudo para avaliar a opinião de idosos sobre o que era para eles QV, do qual emergiram onze categorias, e uma delas foi “acumulando bens materiais”, em que descreveram que, ao longo da vida, a pessoa precisa conquistar e reunir bens que possam contribuir para a sua segurança e conforto na velhice, e para tanto, acham necessário ter um bom salário, sabendo poupá-lo, bem como dispor de casa própria. Estas condições podem lhes conferir autonomia quanto: à alimentação,

vestuário, transporte, obtenção de eletrodomésticos, assistência médica e medicamentos necessários.

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa sobre a média de QV global do WHOQOL – bref dos idosos em hemodiálise e para cada um dos domínios analisados, pode-se perceber que os achados foram similares a estudos já supracitados, que analisaram a QVRS que utilizaram instrumentos específicos para cada situação ou problema, como o KDQOL – SF que avalia a QVRS para as pessoas com DRC.

A escolha de um instrumento genérico para mensurar a QV, como o WHOQOL- bref e old foi devido à confiabilidade deste instrumento e dos estudos realizados pela comunidade acadêmica que já o utilizaram, em especial para os da área de espiritualidade e religiosidade. Visto que o grupo de estudos de QV da OMS, coordenado pelo professor Marcelo Fleck, no Brasil, já desenvolveu um instrumento próprio para avaliar a QV nos aspectos que envolvem a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL- SRPB).

Ainda de acordo com a definição do Grupo de QV da OMS, que construiu o instrumento utilizado, QV é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994). E para mensurar aspectos da dimensão espiritual e religiosa, como o nível de bem-estar espiritual, a religiosidade e o uso de CRE, que são constructos subjetivos, pessoais, intrínsecos, específicos de cada cultura, costumes e crenças, optou-se por utilizar este instrumento genérico de QV, conhecido internacionalmente e que sua definição responde aos objetivos propostos.

Retomando o contexto espiritual e religioso, os brasileiros possuem uma forte fé em Deus e valorização do Sagrado, e isso é demonstrado pela diversidade de envolvimento com a religião que possuem. Muitas pessoas no Brasil creditam sua melhora de saúde mais às forças espirituais que ao tratamento médico recebido, e devido a isso Rocha e Fleck (2011) relataram que é de grande interesse verificar se esse tipo de comportamento melhora e influencia a QV.

A fim de melhor esclarecer o processo que cerca todo o contexto, o qual os constructos espiritualidade e religiosidade se relacionam com a QV, é necessário conhecer as diferenças entre as duas dimensões. A espiritualidade impõe questionamentos acerca do significado da vida e da razão de viver, propiciando a



busca por sentido ou por um ser transcendente, não se restringindo a crenças ou práticas. Em contrapartida, a religiosidade palavra originada do latim *religare*, significando religar, trata-se da extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, sendo determinada por tradições espirituais concretamente expressas em ritos e celebrações codificadas cultural e historicamente (CAMARGOS, 2014; KOENIG, 2012).

Já para as análises entre o bem-estar espiritual e os Índices de Religiosidade de Duke, observaram-se neste estudo correlações positivas com significância estatística entre a maioria das subescalas do bem-estar espiritual e do índice de religiosidade. Estes constructos são conceituados diferentemente, todavia um complementa o outro em alguns aspectos, o que pode exemplificar é por meio do conceito de espiritualidade definido por Koenig (2012) em que a espiritualidade possui aspectos cognitivos ou filosóficos e inclui a busca do significado, do propósito e da verdade na vida; experienciais e emocionais que envolvem sentimentos de esperança, amor, conexão, paz interior, conforto e suporte e refletem na qualidade dos recursos internos do indivíduo, e os comportamentais que envolvem o modo como uma pessoa manifesta externamente as crenças espirituais individuais, muitas pessoas encontram espiritualidade por meio da religião ou de um relacionamento pessoal com o divino.

Outro fator que pode relacionar esses dois constructos é o envelhecimento, o qual os idosos se voltam para seu interior, nutrindo valores duradouros e para o conceito de um ser supremo, desse modo, os mesmos se voltam para as práticas religiosas e a espiritualidade inerente de cada um (LINDOLFO, SÁ, ROBERS, 2009).

Quando correlacionadas as escalas bem-estar espiritual com o CRE positivo e negativo, observou-se correlação inversa com significância estatística. Freitas (2014) descreve que as estratégias de manejo do estresse e da adaptação a uma doença crônica encontram grande importância na avaliação da espiritualidade e na forma como os pacientes lidam com o transcendente em situações adversas. No estudo de Lee, Nezu e Nezu (2014) encontraram que o CRE positivo relaciona-se ao maior otimismo, autoestima, satisfação com a vida e bem-estar espiritual, o que contraria os achados da pesquisa, visto que o bem-estar espiritual total foi correlacionado inversamente com o CRE positivo. Ainda a QV global apresentou correlação inversa com CRE positivo e negativo, sendo estatisticamente significativa.

Alguns estudos corroboram o fato de o CRE negativo correlacionar inversamente com QV, contudo não foram encontrados estudos que correlacionaram

inversamente o CRE positivo com QV. No estudo de Freitas (2014), encontrou-se que o CRE positivo esteve associado a menores níveis de sofrimento psíquico, maior satisfação com a saúde, bem como com QV global do WHOQOL - bref e psicológica. Panzini et al. (2004) investigaram 616 pessoas envolvidas ou não em atividade religiosa e sua relação com QV e verificaram associação positiva entre CRE positivo e QV e associação negativa entre CRE negativo e QV.

Já o nível de bem-estar espiritual obteve correlação positiva moderada, com significância estatística com a RI e QV global. Melo (2013) e colaboradores realizaram um estudo, com intuito de conhecer se o sentido de vida pode moderar a relação entre o estresse e a QV em idosos, e encontraram que o sentido da vida desempenha uma função moderadora da relação do estresse na QV global do WHOQOL – old dos idosos, atuando como um recurso protetor. O sentido da vida abordado no estudo de Melo (2013) segue a definição de Frankl (2004) o qual sugere que a presença do sentido da vida está ligada ao bem-estar psicológico e subjetivo. Nos conceitos supracitados, a religiosidade intrínseca refere-se à busca de internalização, de questionamento sobre a relação de si e do sagrado, a vivência plena da religiosidade, o que pode ser um dos motivos dessa correlação.

Diante do contexto e da relação entre os constructos bem-estar espiritual, CRE e religiosidade com a QV, pôde-se perceber que esses constructos influenciaram positiva ou negativamente a QV dos idosos em hemodiálise.

Uma das evidências para esse achado e que auxilia no entendimento desta relação são os resultados do modelo de regressão linear, o qual apenas a RNO não teve significância estatística quando associado linearmente com QV global. O que está de acordo com Lucchetti, Almeida e Granero (2010) os quais descreveram que a espiritualidade e a religiosidade possuem um papel importante para o paciente em diálise e aparecem relacionadas com pontos importantes na própria relação profissionais-pacientes, QV e enfrentamento da doença.

Diante do exposto, pôde-se perceber que a QV dos idosos em hemodiálise possui relação com o nível de Bem-Estar Espiritual que os idosos apresentaram e a religiosidade dos mesmos. Ainda, os idosos utilizaram estratégias religiosas e espirituais positivas e negativas, e estas se correlacionaram positivamente ou negativamente com a QV.

Ainda a QV de vida está relacionada a aspectos pessoais, sociais, econômicos e de saúde dos idosos, como o sexo, idade, nível de escolaridade,

número de comorbidades, internações e tempo de hemodiálise.

A partir dos achados do estudo, pôde-se inferir que a dimensão religiosa e espiritual dos pacientes em hemodiálise está presente em seu cotidiano e auxilia no enfrentamento das situações estressantes que o tratamento impõe em suas vidas. Os achados ainda auxiliaram a fomentar a importância da valorização destas dimensões pelos profissionais de saúde no que tange à assistência a estes pacientes, para que, assim, o cuidado possa ser realizado de forma integral, com respeito e valorização das crenças e culturas.

*"Un peu de science éloigne de Dieu, beaucoup de science y ramène".*

*"Um pouco de ciência nos afasta de Deus. Muito, nos aproxima".*

*Louis Pasteur, 1892*

## *7. CONCLUSÕES*

---

Após análise dos resultados e a discussão com a literatura, observou-se que os instrumentos utilizados responderam aos objetivos propostos e mostraram a relação entre o bem-estar espiritual, a religiosidade, o enfrentamento religioso e espiritual com a QV de idosos em tratamento hemodialítico de Ribeirão Preto – SP. E foram obtidas as seguintes conclusões:

- Dos 169 idosos participantes do estudo, a maioria era homem, com idade entre 60 e 69 anos, cor da pele branca, casado ou que residia com companheiro(a), sabia ler e escrever. A média de estudo dos idosos foi de 5,9 anos, e a renda menor que cinco salários-mínimos. Ainda, a maioria apresentou percepção de saúde razoável, com presença das comorbidades mais evidentes: déficit visual, HAS, catarata e DM, com tempo mínimo de tratamento hemodialítico de seis meses e máximo de 252 meses. Os motivos das internações foram por doenças cardiovasculares, infecciosas e endócrinas. Ainda, a religião mais evidente entre os participantes foi a católica, em seguida a evangélica e espírita. A maioria se considerou religioso e descreveu que a religião é importante para suas vidas.
- Com relação ao bem-estar espiritual, os participantes apresentaram moderado bem-estar espiritual total e bem-estar existencial (o que representa moderada percepção dos idosos em relação ao propósito da vida independente de uma referência religiosa) e alto bem-estar religioso (o que representa alta satisfação na conexão pessoal com Deus ou com algo que se considere como absoluto). As mulheres apresentaram maior média para bem-estar espiritual total, além dos evangélicos, idosos até 80 anos de idade, com presença de maior número de comorbidades, internações e tempo de hemodiálise. Ainda, o bem-estar espiritual total foi correlacionado positivamente com os quatro domínios do WHOQOL-bref.
- Quando mensurada a religiosidade, observou-se que a maioria dos idosos apresentou alta RO (o que representa alta frequência a encontros religiosos, por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.), RNO (o que representa alta frequência a atividades religiosas privadas, por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir a programas religiosos na TV ou rádio etc.) e alta RI (o que representa a busca

de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo).

- Ainda, as mulheres apresentaram maior RO, RNO e RI comparadas aos homens. Os idosos com até 80 anos de idade apresentaram maior RO, todavia, os com 80 anos ou mais apresentaram maior RNO e RI. Os idosos evangélicos e os de cor da pele preta obtiveram maiores médias para as três subescalas da religiosidade. Encontraram-se correlações inversas indicando que quanto maiores a idade e o número de comorbidades menores a RO e a correlação positiva, indicando que quanto maior o tempo de tratamento hemodialítico maior a religiosidade, para as três subescalas RO, RNO e RI.
- Quando correlacionados os escores médios das subescalas do Índice de Religiosidade de Duke com os escores médios dos domínios de QV do WHOQOL-bref, observou-se que todos os domínios correlacionaram-se positivamente com a RO, RNO e RI.
- Com referência à utilização do enfrentamento religioso e espiritual avaliado por meio da escala de CRE, todos os idosos fizeram uso do mesmo. Os idosos apresentaram elevada utilização do CRE total, média utilização do CRE positivo e baixo uso do CRE negativo. Ainda, as mulheres apresentaram maiores médias para o CRE positivo e total, enquanto os homens para o CRE negativo. Encontrou-se correlação inversa, refletindo que quanto maior a idade menor o uso de enfrentamento religioso e espiritual, principalmente o negativo, e correlação positiva e negativa respectivamente, indicando que quanto maior o tempo de hemodiálise maior o enfrentamento positivo e menor o negativo.
- Houve correlação inversa entre o CRE negativo e os escores de QV nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com significância estatística para o domínio psicológico e meio ambiente. Houve, também, correlação positiva entre o CRE positivo e total com os escores médios das facetas do WHOQOL-old atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade; e correlações inversas entre CRE positivo, negativo e total, com a morte e morrer.
- A média global de QV do WHOQOL-bref dos idosos da pesquisa foi de 64,0 e os maiores escores WHOQOL-bref foram para os domínios psicológico e relações sociais. Com relação ao WHOQOL-old, o maior escore foi para a

faceta intimidade e em seguida a faceta morte e morrer. A média global de QV do WHOQOL-old dos idosos da pesquisa foi de 63,3.

- Ainda percebeu-se que as limitações físicas e do tratamento, como o número de comorbidades, número de internações e tempo de hemodiálise, apresentaram correlações inversas com o domínio físico do WHOQOL-bref. E ainda, a variável número de comorbidades apresentou correlação inversa para todas as facetas do WHOQOL-old.
- Ao analisar as correlações entre os constructos, bem-estar espiritual total, CRE positivo e negativo, religiosidade intrínseca e média de QV global do WHOQOL-bref, foi possível observar a correlação inversa entre o bem-estar espiritual total e CRE positivo e negativo; a correlação foi moderada e positiva entre RI e média de QV global do WHOQOL-bref. Também houve correlação positiva da RI com CRE positivo, média de QV global do WHOQOL-bref e bem-estar espiritual total.
- Percebeu-se que os idosos em hemodiálise vivenciavam sua espiritualidade e religiosidade e utilizavam os recursos que estes constructos proporcionam para enfrentar as adversidades que a doença, o tratamento e a própria fase da velhice impõem em suas vidas.
- Confirmou-se a regressão linear simples, a associação entre a medida da média global de QV do WHOQOL-bref dos idosos com o nível de bem-estar espiritual total, CRE total e religiosidade organizacional e intrínseca, explicando a variação da média global de QV do WHOQOL-bref, a partir da variação dos valores das escalas de bem-estar espiritual, CRE total e RO, RNO e RI.
- Pôde-se perceber, ao final da pesquisa, que os idosos que realizavam hemodiálise em Ribeirão Preto - SP valorizavam e utilizavam estratégias que envolvem a religiosidade e a espiritualidade em seu cotidiano, em seu tratamento e para lidar com as situações que a doença impõe em suas vidas. E que a QV dos mesmos está relacionada, seja de forma positiva ou negativa, com os constructos bem-estar espiritual, religiosidade e o uso de enfrentamento religioso e espiritual.

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada  
... Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que  
vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas...”*

*Cora Coralina*

## ***8. CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---



Pode-se inferir que os idosos participantes da pesquisa utilizaram as crenças e práticas religiosas e espirituais para lidar com circunstâncias estressantes que acometem seu cotidiano, e estas se relacionaram com a QV dos mesmos. O que comprova o que Koenig (2012) descreve que estas crenças ou práticas oferecem um senso de controle e as ajudam a se adaptarem mais rapidamente às situações difíceis, além de a religião ser uma fonte importante de suporte social, sobretudo, para idosos e pessoas com problemas crônicos de saúde.

Esse fato pode ser explicado pelos achados da pesquisa e ainda pela vivência da entrevistadora na coleta de dados, ao perceber que quando foi abordada esta temática com os idosos, durante as sessões de hemodiálise, a mesma causou reações como: interesse, dúvidas, interiorizações, alegrias (pela oportunidade de conversar sobre esta temática), entre outros sentimentos e emoções. Ainda notaram-se certas características e peculiaridades sobre os instrumentos utilizados, sobre as unidades de diálises pesquisadas, os profissionais e os participantes da pesquisa.

Com relação aos instrumentos, pôde-se verificar que a Escala de Coping Religioso e Espiritual abreviada (CRE) e a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE) são instrumentos que possuem questões profundas e que resgataram aspectos existenciais, estimulando o florescer de sentimentos e emoções que não haviam sido abordados ou submetidos a reflexões anteriores.

Como também, observou-se, na Escala de CRE Abreviada, que muitas questões eram similares possuindo o mesmo sentido, além de não terem objetividade, eram evasivas e repetidas, sendo descrito este fato pelos idosos no decorrer da entrevista.

De acordo com as percepções que envolveram os participantes, percebeu-se que os questionamentos estavam relacionados com os conceitos apresentados nos instrumentos, pois, quando se abordava o termo espiritualidade, a maioria remetia ao espiritismo (doutrina espírita), sendo necessário conceituar espiritualidade e religiosidade e suas diferenças.

As questões presentes nos instrumentos suscitaram reflexões profundas e existenciais, em virtude disso os participantes descreveram que este assunto é importante para ser abordado na diálise, pois alguns ainda não haviam refletido sobre o que proporciona sentido para sua vida e qual sua relação com Deus. Outro achado interessante é que, em alguns casos, ao iniciar a entrevista, alguns relataram desânimo e desinteresse, todavia, ao verificar o conteúdo, a relação das perguntas

com as suas crenças, com Deus e sua relação com o Sagrado, sentiam-se estimulados e motivados.

Ao serem questionados sobre a morte, especialmente quando aplicado o WHOQOL-old, alguns relatavam a ausência de medo ou de morrer, contudo descreveram que o maior medo era tornar-se dependente dos familiares para realizar as atividades básicas de vida diária. E relataram, ainda, que as questões e reflexões onde havia o envolvimento da finitude eram mais intensificadas com a vivência da morte de um companheiro que também realizava o tratamento hemodialítico.

Ainda, alguns idosos descreveram que a DRC é uma das piores e mais sofridas doenças que podem acometer a pessoa, sendo que a realização da hemodiálise é muito difícil; e que gostariam de se aposentar com saúde, não depender de uma máquina para sobreviver. Todavia alguns estavam conformados com seu estado de saúde, e que o tratamento hemodialítico era a solução para continuar vivendo. E mais difícil que a DRC é ser acometido pelo câncer.

Com referência às percepções ligadas às unidades de diálise, as mesmas foram receptivas e acolhedoras. Percebeu-se a necessidade de fortalecer o vínculo com as psicólogas da unidade, antes de iniciar a coleta de dados, tendo em vista a profundidade das questões abordadas nos instrumentos.

De acordo com os resultados encontrados, essas dimensões estão presentes na vida dos pacientes, mais intensificadas devido a algumas características peculiares, como maior tempo em tratamento hemodialítico, número de internações e comorbidades, idade mais avançada, tipo de religião, cor da pele. Todavia, independente das características e do perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos que relacionaram positivamente ou negativamente a presença de maior bem-estar espiritual, religiosidade, utilização de enfrentamento religioso ou espiritual e melhor QV, os profissionais necessitam inserir na sua rotina de trabalho este cuidado espiritual e a valorização das crenças religiosas e espirituais dos pacientes, para que assim possam atingir e atender a todas as necessidades dos mesmos, e prestar uma assistência integral, pautada no respeito, humanização, qualidade, resolutividade e eficiência.

De acordo com estudos já realizados e resultados desta pesquisa, percebe-se a relação das dimensões espirituais e religiosas com a melhora e aumento da medida da QV de pacientes acometidos por doenças crônicas e pessoas saudáveis. Diante desse contexto, emerge a necessidade de realizar uma assistência pautada na

dimensão espiritual e religiosa, para que assim enfermeiros possam propor planos de cuidado, com diagnósticos e intervenções de enfermagem, além de resultados esperados voltados para estas dimensões, as quais muitas vezes são esquecidas e não utilizadas pelos profissionais, e que representa uma ferramenta extra para realizar o cuidado integral.

E ainda é necessário fortalecer o conhecimento e divulgar a importância desses constructos no meio acadêmico, para a formação de profissionais de saúde e de enfermagem que possuam consciência da importância da espiritualidade e religiosidade, no contexto da saúde e da necessidade de incluí-la no cuidado.

Esta temática ainda é relevante para a formulação de pesquisas científicas, seja com delineamento de natureza longitudinal ou experimental (ensaios clínicos), para evidenciar e comprovar cientificamente a relação entre a dimensão espiritual e religiosa e o bem-estar físico, mental, social, ambiental dos idosos, e assim produzir conhecimentos embasados em conceitos considerados subjetivos de mensuração e, muitas vezes, empíricos, que já possuem evidências de sua eficácia, mas que precisam de comprovações científicas.

## *REFERÊNCIAS*

---

---

<sup>1</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NRB 6023

AGRAWAL, V. et al. Access to Health Care Among Adults Evaluated for CKD: Findings From the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). **American Journal of Kidney Diseases**, New York, v. 59, n. 3, (Suppl. 2), S5-S15, 2012.

AGUIAR, G. O. Negros malês: a religiosidade islâmica atualizada no Instituto Cultural Steve Biko. **Ciberteologia – Revista de Teologia & Cultura**, São Paulo, v. 2, n. 13, p. 49-52, 2009. Disponível em: <<http://ciberteologia.paulinas.org.br/ciberteologia/wp-content/uploads/2009/06/04negrosmales.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

ALMEIDA, A. M. Espiritualidade e saúde mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review**. v. 01, número especial, p 1-6, 2010. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/arg/artigos/Espiritual1.pdf>>. Acesso em 14 maio 2014.

ALMINHANA, L. O.; MENEZES JÚNIOR, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Personalidade, religiosidade e qualidade de vida em indivíduos que apresentam experiências anômalas em grupos religiosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 268-274, 2013.

BALDIN, C. B.; FORTES, V. L. F. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 43-54, 2008.

BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F.; GONÇALVES, L. H. S. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1683-1690, 2007.

BERTOLIN, D. C. **Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico**. 2007. 141 f. Dissertação (Mestrado) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19102007-115608/publico/DanielaComelisBertolin.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2015.

BERTOLUCCI, P. H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1994000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001)>. Acesso em: 15 jul 2014.

BLAY, S. L.; MARCHESONI, M. S. M. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-Bref scores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 677-686, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 20 nov 2014.

BOFF, L. **Ecologia – mundialização – espiritualidade**: a emergência de um novo paradigma. 2º ed. São Paulo: Ática, 1996. 180p..

BOFF, L. **Experimentar Deus**: a transparência de todas as coisas. Rio de Janeiro: Animus/Anima Produções, 2002. 93p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, 2007. 192 p. (Séria A. Normas e Manuais Técnicos).

CALDEIRA, S.; BRANCO, Z. C.; VIEIRA, M. **A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal**. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser. III, n. 5, p. 145-152, 2011.

CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 28-34, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt\\_0104-1169-rlae-22-01-00028.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00028.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

CAMARGO, C. P. F. **Católicos, protestantes, espíritas**. Petrópolis: Vozes, 1973. 126 p.

CAMARGOS, M. G. **Avaliação da Espiritualidade/Religiosidade e associação com a Qualidade de Vida de pacientes com câncer e de profissionais de saúde de um hospital oncológico**. 2014. 149 f. Dissertação. (Mestrado) –Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2014.

CAMPOS JÚNIOR, L. C. **Pentecostalismo**. São Paulo: Editora Ática, 1995. 168 p.

CARDOSO, M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 380-393, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 21 jan. 2015.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 823-831, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000600018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600018)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

CHATRUNG, C.; SORAJJAKOOL, S.; AMNATSATSUE, K. Wellness and Religious Coping Among Thai Individuals Living with Chronic Kidney Disease in Southern California. **Journal of Religion and Health**, New York, 2014. In press. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25300413>>. Acesso em: 19 jan 2015.

CHAVES, E. C. L. et al. Clinical validation of impaired spirituality in patients with chronic renal disease. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 18, n. 3, p. 309-316. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/en\\_03](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/en_03)>. Acesso em: 19 jan 2015.

CORDEIRO, J. A. B. L. et al. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 785-793, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a03.htm>>. Acesso em: 24 jun 2013.

CRONBACH, L. J. Coeficiente alfa e da estrutura interna de testes. **Psychometrika**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951. Disponível em: <<http://link.springer.com/journal/11336>>. Acesso em: 14 nov 2014.

CRUZ, L. N. et al. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-BREF in a southern general population sample. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 20, n. 7, p. 1123-1129, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21279448>>. Acesso em: 19 jan 2015.

DAVISON, S; JHANGRI, G. S. Existential and Religious Dimensions of Spirituality and Their Relationship with Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, Washington, v. 5, n. 11, p. 1969–1976, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20651152>>. Acesso em: 15 nov 2013.

DAVISON, S; JHANGRI, G. S. The Relationship Between Spirituality, Psychosocial Adjustment to Illness, and Health-Related Quality of Life in Patients With Advanced Chronic Kidney Disease. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 45, n. 2, p. 129-135, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22917713>>. Acesso em: 15 nov 2013.

DEAL, B.; GRASSLEY, J. S. The lived experience of giving spiritual care: A phenomenological study of nephrology nurse working in acute and chronic hemodialysis settings. **Nephrology Nursing Journal**, Pitman, v. 39, n. 6, p. 471-481, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469413>>. Acesso em: 20 jan 2015.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K.S. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília**, v. 27, n. 1, p. 49-53, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722011000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722011000100007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 14 nov 2014.

ELLIOTT, B. A. et al. Religious Beliefs and Practices in End-Stage Renal Disease: Implications for Clinicians. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 44, n. 3, p. 401-409, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22762965>>. Acesso em: 14 abr 2013.

FERREIRA, R. C.; SILVA FILHO, C. R. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 129-135, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002011000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000200003)>. Acesso em: 19 jan 2015.

FINKELSTEIN, F. O.; WUERTH, D.; FINKELSTEIN, S. H. Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. **Kidney International**, New York, v. 76, n. 9, p. 946-952, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19675529>>. Acesso em: 20 jan 2015.

FLECK, M. P. et al. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012)>. Acesso em: 20 abr 2013.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Publica**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012)>. Acesso em: 15 maio 2013.



FLECK, M. P. A; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000600007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000600007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 maio 2013.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852007000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300002)>. Acesso em: 19 jan 2015.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. Coping as a mediator of emotion. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 54, n. 3, p. 466-475, 1988.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida: Fundamentos da logoterapia e análise existencial**. 4ª ed. São Paulo: Quadrante, 2003.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FREITAS, T.H. **Influência do coping religioso-espiritual na qualidade de vida e adesão terapêutica de pacientes com doença inflamatória intestinal**. 2014. 65F. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

GIOVANETTI, J. P. A vivência religiosa no mundo (pós) moderno. In: ANGERAMIN, V. (org.). **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 11-125.

GOMES, R.; SCHRAIBER L. B.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 20 jan 2015.

GONÇALVES, F. P. **Avaliação da religiosidade e variáveis correlatas em pacientes com epilepsia do lobo temporal em um ambulatório de atendimento terciário de Belo Horizonte**. 2011. 70 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas, Belo Horizonte, 2011.

HOLT, C. L. et al. Religion and Health in African Americans: The Role of Religious Coping. **American Journal of Health Behavior**, Star City, v. 38, n. 2, p. 190-199, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião. 2012. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=3&idnoticia=2170&view=noticia>> Acesso em: 10 fev. 2015.

JOHANNESSEN-HENRY, C. T. et al. Associations between faith, distress and mental adjustment – a Danish survivorship study. **Acta oncologica (Stockholm, Sweden)**, Stockholm, v. 52, n. 2, p. 364–371, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23215830>>. Acesso em: 20 jan 2015.

KIMMEL, P. L. et al. ESRD Patient Quality of Life: Symptoms, Spiritual Beliefs, Psychosocial Factors, and Ethnicity. **American Journal of Kidney Diseases**, New York, v. 42, n. 4, p. 713-721, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14520621>>. Acesso em: 20 jan 2015..

KING, U. **A espiritualidade na visão de Teilhard de Chardin**. São Paulo: Paulinas, 2002, p. 1-36. Disponível em: <<http://ciberteologia.paulinas.org.br/ciberteologia/wp-content/uploads/2009/05/05jun-dest-teilhard-espiritualidade.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

KO, B. et al. Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population. **Nephrology, Dialysis, Transplantation**, Berlin, v. 22, n. 10, p. 2985-2990, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17597086>>. Acesso em: 20 nov 2013.

KOENIG, H. G. Religion and Medicine II: Religion, mental health and related behaviors. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, Los Angeles, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529395>>. Acesso em: 19 maio 2014.

KOENIG, H. Religion, spirituality and aging. **Aging & Mental Health**, New York, v. 10, n. 1, p. 1-3, 2006.

\_\_\_\_\_. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L & PM, 2012, 248 p.

KOENIG, H. G.; PARKERSON, J. R. G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 154, n. 6, p. 885-886, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167530>>. Acesso em: 19 jan 2015.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, Oxford, v. 1, n. 1, p.78-85, 2010. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/2077-1444/1/1/78>>. Acesso em: 19 maio 2014.

KOO, J.; RIE, J.; PARK, K. Age and gender differences in affect and subjective well-being. **Geriatrics and Gerontology International**, Oxford, v. 4, n. Suppl. 1, p. S268-S270, 2004.

KUSUMOTA, L. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise**. 2005. 150 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22022006-094219/publico/Doutorado\\_Luciana\\_Kusumota.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22022006-094219/publico/Doutorado_Luciana_Kusumota.pdf)>. Acesso em: 15 ago 2014.

KUSUMOTA, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, p. 152-159, 2008. Número especial. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 19 jan 2015.

LEE, M.; NEZU, A. M.; NEZU, C. M. Positive and negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 37, n. 5, p. 921-930, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24469329>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 235-41, 2001. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342001000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jan 2015.

LIMA, M. A. S. et al. A influência de crenças masculinas de gênero no cuidado com a saúde. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas**, João Pessoa, n. 2, p. 194-210, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/19428>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743,

2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006)>. Acesso em: 15 nov 2013.

LINDOLFO, M.C.; SÁ, S.P.C.; ROBERS, L. M. V. Espiritualidade/religiosidade, um suporte na assistência de enfermagem ao idoso. **EM EXTENSÃO**, Uberlândia, v. 8, n. 1, p. 117 - 127, 2009.

LOUREIRO, F. M. et al. Perfil de pacientes com insuficiência renal crônica, atendidos na unidade de hemodiálise de Linhares – ES. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 7, n. 13, p. 1506-1513, 2011. Acesso em: 20 jan 2015.

LUCCHETTI, G. et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-168, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000100016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000100016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 jan 2015.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L. G. C.; GRANERO, A. L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 128-132, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000100020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000100020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 jan 2015.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L. G. C.; LUCCHETTI, A. L. G. Religiousness, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients. **Hemodialysis International**, Malden, v. 16, n. 1, p. 89-94, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22099479>>.

MACEDO, E. U. Religiosidade popular brasileira colonial: um retrato sincrético. **Revista Ágora**, Vitória, n. 7, p. 1-20, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/agora/article/view/1918/1430>>. Acesso em: 20 jan 2015.

MALTBY, et al. Religion and health: the application of a cognitive-behavioural framework. **Mental Health, Religion & Culture**, [s. l.], v. 13, n. 7-8, p. 749-759, 2010. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13674670802596930?journalCode=cmhr20#.VRtO7vnF91a>>. Acesso em: 19 jan 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, L. F.; SARRIERA, J. C.; DELL'AGLIO, D. D. Adaptação e validação da escala de bem-estar espiritual (EBE). **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 179-186, 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000200004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000200004&script=sci_arttext). Acesso em: 19 maio 2014.

MARQUES, L.F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto- Alegrenses. **Psicologia, Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 23, n.2, p.56-65, 2003.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 jan 2015.

MELO, R. L. P. et al. O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 222-230, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722013000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722013000200002&script=sci_arttext). Acesso em: 16 fev. 2015.

MENDES, J. D. V. Morbidade nas internações de idosos no SUS/SP em 2010. 2011 **Boletim eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações de saúde**. Acesso em: 9 fev. 2015. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/gais\\_jornal\\_9.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/gais_jornal_9.pdf)

MESQUITA, A. C. et al. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 539-545, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000200539&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200539&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en). Acesso em: 20 jan 2015.

MONAT, A.; LAZARUS, R. S.; REEVY, G. **Praeger handbook of stress and coping**. Churchill Livingstone: Greenwood, 2007.

MORAES, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000200021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200021). Acesso em: 19 jan 2015.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832010000100003&lng=en&nrm=iso/v37n1/a03v37n1&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100003&lng=en&nrm=iso/v37n1/a03v37n1&tlng=pt)>. Acesso em: 15 jan 2015.

NEPOMUCENO, F.C.L. R **Religiosidade e qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise**. 2011. 92f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2011.

OLLER, G. A. S. A. O. et al. Functional independence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1033-1040, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en)>. Acesso em: 15 jan 2015.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PALOUTZIAN, R. F.; ELLISON, C. W. **SWB Scale**. 1982a. Disponível em: <[www.lifeadvance.com](http://www.lifeadvance.com)>. Acesso em: 24 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: PEPLAU, L. A.; PERLMAN, D. (orgs.). **Loneliness, a sourcebook of current theory, research and therapy**. Nova York: Wiley, 1982b. P. 224-237.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (escala cre): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18>>. Acesso em: 14 maio 2014.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/ espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 34, n. 1, Supl, p.126-135, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/126.html>>. Acesso em: 14 maio 2014.

PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do Instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-)

[8910&lng=en&nrm=iso](#)>. Acesso em: 15 nov 2014.

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**, Brandon, v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10775045>>. Acesso em: 14 maio 2014.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. supl.1, p. 136-145, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/136.html>>. Acesso em: 19 jan 2015.

PILGER C. et al. Hemodiálise: significado e impacto para o idoso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 677-683, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 jan 2015.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1230-1238, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000500022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022)>. Acesso em: 20 jan 2015.

PIVATO, D. R.; ABREU, I. S. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 515-520, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 jan 2015.

POLIT, D. F. **Data analysis & statistics for nursing research**. New York: Appleton & Lange, 1996.

PORTA, M. **A dictionary of Epidemiology**. 5<sup>th</sup> ed. Oxford: International Epidemiological Association / Oxford University Press, 2008.

PREZOTTO, K. H.; ABREU, I. S. O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 600-605, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3460/8632>>. Acesso em: 19 jan 2015.

PRINCE, M. J. et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. **The Lancet**, London, v. 385, n. 9967, p. 549-562, 2015. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2961347-7/abstract>>. Acesso em: 15 fev 2015.

PUCHALSKI, C. Spirituality in the cancer trajectory. **Annals of Oncology**, Dordrecht, v. 23, n. suppl.3, p. 49-55, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22628416>>. Acesso em: 19 jan 2015.

RAMIREZ, S. P. et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 72, n. 2, p. 129-135, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22281454>>. Acesso em: 14 maio 2014.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, Número Especial, p. 505-508, 2009.

RIELLA, M. C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROCHA, I. A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 687-694, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06>>. Acesso em: 20 jan 2015.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832011000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832011000100005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 jan 2015.

SAFFARI, M. et al. Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis. **Nephrology (Carlton, Vic.)**, Carlton, v. 18, n. 4, p. 269-275, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23432815>>. Acesso em: 14 maio 2014.

SAS INSTITUTE INC. **SAS/STAT® User's Guide, Version 9.0**. Cary: SAS Institute Inc., 1999.



SANCHEZ, Z.V.D.M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas**. 2006. 389F. Tese (Doutorado). - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANTOS, L. F. **Participação em grupo de promoção da saúde e qualidade de vida de idosos** 2014. 389f. Tese (Doutorado) –Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**; Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 166-172, 2011.

Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/9405>>  
. Acesso em: 15 jan 2015.

SESSO R., et al. Relatório do censo brasileiro de diálise 2008. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 233-238, 2008. Disponível em:

<[http://www.jbn.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=26](http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=26)>. Acesso em: 15 jan 2015.

SESSO, R. C. C. Diálise Crônica no Brasil- Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 272-277, 2012.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002012000300009&script=sci_arttext)

[28002012000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002012000300009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 jan 2015.

SESSO, R. C. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 48-53, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000100048)

[28002014000100048](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000100048)>. Acesso em: 15 jan 2015.

SILVA, L. A. M. et al. Sobrevida em hemodiálise crônica: estudo de uma coorte de 1.009 pacientes em 25 anos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 190-197, 2009a. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002009000300004)

[28002009000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002009000300004)>. Acesso em: 19 jan 2015.

SILVA, S. S. et al. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1187-1192, 2009b. Número especial 2. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600007)

[62342009000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600007)>. Acesso em: 19 jan 2015.

SPINALE, J, et al. Spirituality, Social Support, and Survival in Hemodialysis .Patients.

**Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, Boston, v. 3, n. 6, p. 1620-1627, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18922991#>> Acesso em: 24 abril 2013.

STANLEY, M. A. et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. **Aging & Mental Health**, London, v. 15, n. 3, p. 334-343, p. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21491218>>. Acesso em: 21 jan 2015.

STROPA, A.; MOREIRA- ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n. 5, v. 36, 2009. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/n5/205.htm>> Acesso em: 20 jan 2015.

SZUSTER, D. A. C. et al. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 415-424, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300002)>. Acesso em: 19 jan 2015.

TALARICO, J. N. S. et al. Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 803-809, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 jan 2015.

TAUNAY, T. C. D. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832012000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000400003)>. Acesso em: 20 nov 2014.

TEIXEIRA, F. O. O potencial libertador da experiência da espiritualidade e experiência religiosa. In: AMATUZI, M. M. (org.). **Psicologia e Espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 13-30.

TRAVADO, L. et al. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. **Palliative & Supportive Care**, Cambridge, v. 8, n. 4, p. 405-413, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20875203>>. Acesso em: 20 jan 2015.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

11692005000100007>. Acesso em: 19 jan 2015.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. Annual Data Report Reference. Tables Incidence. 2014. Disponível em: <<http://www.usrds.org/reference.aspx>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 130 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI\\_ES.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf)>. Acesso em: 14 maio 2013.

VALCANTI, C. C. et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 838-845, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400008)>. Acesso em: 14 nov 2013.

VASCONCELOS, E.M. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. 423 p.

VECCHIA, R.D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo. v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005.

VITORINO, L.M.; VIANNA, L.A.C. Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm**, São Paulo. v. 2, n. 25 (Número Especial 1), p.136-42, 2012.

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

WEISBORD, S. D. et al. Associations of race with depression and symptoms in patients on maintenance haemodialysis. **Nephrology, Dialysis, Transplantation**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 203-208. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16998218>>. Acesso em: 20 jan 2015.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (eds.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p 41-60.

\_\_\_\_\_. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

\_\_\_\_\_. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**. Oxford, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL OLD**: manual. European Office, Copenhagen: WHO, 2006. Disponível em: <<http://library.cphs.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOLOLD%0Final%20Manual.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

ZABEN, F. A. et al. Religious Involvement and Health in Dialysis Patients in Saudi Arabia. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 54, n. 2, p. 713-730, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25316206>>. Acesso em: 21 jan 2015.

ZINN, G. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção do idoso hospitalizado em unidade de cuidados semi-intensivos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 79-93, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/6949/4217>>. Acesso em: 21 jan 2015.

*APÉNDICES*

---

**APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO****1) Data da entrevista:**

Horário início entrevista: \_\_\_\_\_

Horário término entrevista: \_\_\_\_\_

**2) Data de nascimento:****3) Sexo:** ( ) F ( ) M**4) Nº de filhos** \_\_\_\_\_**5) Qual sua etnia:**

(1 ) Branco (2) Negro (3) Amarelo (4) Pardo (5 ) Indígena (6) Sem declaração

**6) Qual seu estado civil:**

(1) Solteiro/a (2) Casado/a (3) Viúvo/a (4) Divorcido/a/Desquitado (5) Separado (a)

**7) O Senhor (a) Sabe ler ou escrever?** (0) Não (1) Sim**8) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola?** \_\_\_\_\_(99)NS/NR  
(Se nenhum colocar "0")**9) Com quem o Senhor (a) reside:**(1) Sozinho/a (5) Somente com Companheiro/a  
(2) Conjugue e filho(s) (6) Somente com os filhos  
(3) Cônjugue, filhos, genro ou nora (7) Somente com os netos  
(4) Não familiares (8) Outros, quem? \_\_\_\_\_**10) A casa onde mora é:**(1) Própria - quitada (2) Própria -paga prestação (3) Paga aluguel (4) Cedida –sem aluguel  
(5) Asilo (6) Casa de repouso (7) Outro tipo**11) Qual é a renda mensal em reais (salários mínimos):** \_\_\_\_\_**Idoso:** (0) Não tem (1) Tem: \_\_\_\_\_ em reais**12) Qual tipo de renda:**

(1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Aluguel (4) Trabalho próprio (5) Doações (família, amigos instituições) (6) Outras \_\_\_\_\_

**13) O Senhor (a) mora na zona urbana ou rural?**

(1) Urbana (0) Rural

**14) Qual sua religião/doutrina?**(1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Budista (5) Muçulmano (6) Ateu  
(7) Outro, qual \_\_\_\_\_**15) O Senhor (a) se considera religioso?**

(0) Não (1) Sim (2) Outro: \_\_\_\_\_

**16) Possui crença em algo subjetivo (Algo que o Senhor (a) não visualiza, mas sente ou percebe)?** (0) Não (1) Sim

Em que: \_\_\_\_\_

**17) Qual a importância da religião em sua vida?**

(1) Muito importante (2) Importante (3) Um pouco importante (4) Não tem importância

**18) Qual a importância da espiritualidade em sua vida?**

(1) Muito importante (2) Importante (3) Um pouco importante (4) Não tem importância

**19) Houve mudança da sua espiritualidade e religiosidade depois do aparecimento da doença? (0) Não (1) Sim**

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**20) De um modo geral, como o Senhor (a) descreveria sua saúde?**

(1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Razoável (5) Ruim (6) Péssima

**21) Na sua percepção, a diálise mudou sua qualidade de vida?**

(1) Bastante (3) Um pouco  
(2) Mais um menos (4) Nada

**22) O Sr(a) participa de grupos de convivência (grupos da terceira idade, das Unidades Básicas de saúde, ou religiosos)? (0) Não (1) Sim**

**23) Você possui ou já teve outras doenças?**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| ( a ) insuficiência cardíaca | ( k ) neoplasia benigna                     |
| ( b ) infarto do miocárdio   | ( l ) catarata                              |
| ( c ) doença cerebrovascular | ( m ) osteopatias                           |
| ( d ) pericardite            | ( n ) hepatopatia ( ) HbsAg+; ( ) anti HCV+ |
| ( e ) varizes                | ( o ) hipertensão arterial                  |
| ( f ) neoplasia maligna      | ( p ) diabetes mellitus                     |
| ( g ) doença autoimune       | ( q ) déficit auditivo                      |
| ( h ) déficit visual         | ( r ) outras _____                          |

**24) Há quanto tempo realiza hemodiálise? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses**

**25) Já fez transplante?**

( 0 ) não ( 1 ) sim

**26) É candidato a transplante renal?**

( 0 ) não ( 1 ) sim

**27) O Sr(a) ficou internado nos últimos 6 meses?**

( 0 ) não ( 1 ) sim, Quantas vezes e motivo? \_\_\_\_\_

APÊNDICE II - AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA DE EBE

APÊNDICE III

Zimbra

Page 1 of 2

Zimbra

caliopepilger@usp.br

**FW: SWBS Portuguese Re: Student Discount Information**

**De :** Calíope Pilger <caliopepilger@hotmail.com> Sex, 02 de Ago de 2013 11:09  
**Assunto :** FW: SWBS Portuguese Re: Student Discount Information 2 anexos  
**Para :** caliopepilger@usp.br

**Calíope Pilger**

*"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende".*

**Leonardo da Vinci**

Date: Sat, 2 Mar 2013 15:31:08 -0300  
 From: caliopepilger@usp.br  
 To: caliopepilger@hotmail.com  
 Subject: Fwd: SWBS Portuguese Re: Student Discount Information

**De:** "Ray Paloutzian" <paloutz@westmont.edu>  
**Para:** "Calíope Pilger" <caliopepilger@usp.br>  
**Enviadas:** Sábado, 2 de Março de 2013 15:07:44  
**Assunto:** SWBS Portuguese Re: Student Discount Information

Caliope,

It worked. The computer just told me that your payment through the website is OK. So, I have attached to this email the two files that you need. One file is the Specimen set. It includes the manual and the bibliography and one examination copy of the scale. The other file is the Portuguese SWBS. You are officially authorized to make 270 copies of it.

I look forward to hearing about your research when you are done.  
 I nope it goes easy!

Ray



**AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DE DUKE**

**APÊNDICE IV -**

Zimbra

Page 1 of 2

Zimbra

caliopepilger@usp.br

**FW: Escala de religiosidade de Duke**

**De :** Calíope Pilger <caliopepilger@hotmail.com> Sex, 02 de Ago de 2013 11:17  
**Assunto :** FW: Escala de religiosidade de Duke  
**Para :** caliopepilger@usp.br

**Calíope Pilger**

*"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende".*

**Leonardo da Vinci**

To: caliopepilger@hotmail.com  
Date: Tue, 12 Mar 2013 17:33:10 +0000  
Subject: Fwd: Escala de religiosidade de Duke  
From: andrefc7@terra.com.br  
CC: tauily@hotmail.com

Prezada Calíope,

Tenho interesse especial nesta área de renais crônicos. Tenho um trabalho publicado ano passado no Journal of Psychosomatic Research, Pode usar a escala de religiosidade de Duke. Mando e-mail para o Tauily (meu orientando de doutorado). Ele vai te enviar a escala com as instruções. Caso precise de ajuda terei prazer em colaborar com seu projeto. Veja com seu orientador (a).

Atenciosamente,

Prof. André Férrer.

----- Original Message -----

**From:** Calíope Pilger caliopepilger@hotmail.com  
**To:** "andrefc7@terra.com.br" andrefc7@terra.com.br  
**Cc:**  
**Sent:** Ter 12/03/13 10:44  
**Subject:** Fwd: Escala de religiosidade de Duke

Olá André Carvalho,

## AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA ESCALA DE COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL

Zimbra

page 1 of 2

Zimbra

caliopepilger@usp.br

### FW: Escala de Coping religioso e espiritual

**De :** Calíope Pilger <caliopepilger@hotmail.com> Sex, 02 de Ago de 2013 11:22  
**Assunto :** FW: Escala de Coping religioso e espiritual 3 anexos  
**Para :** caliopepilger@usp.br

ESTE INSTRUMENTO NÃO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM  
CONJUNTO COM O INSTRUMENTO

**Calíope Pilger**

*"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende".*

**Leonardo da Vinci**

Date: Fri, 8 Feb 2013 11:08:33 -0800  
From: ragepa@yahoo.com.br  
Subject: Re: Escala de Coping religioso e espiritual  
To: caliopepilger@hotmail.com

Olá Calíope,  
Sim, te autorizo o uso da Escala CRE-Breve em pesquisas.  
Envio anexos.  
Estou a disposição para futuros contatos.

Att,  
Raquel Gehrke Panzini  
Psicóloga, ESpecialista em Saúde/DAS/SES/RS  
Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria/UFRGS  
Mestre em Psicologia do Desenvolvimento/UFRGS  
F. (51) 9128.8196 ou 3232.8718



## APÊNDICE V

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DOS QUESTIONÁRIOS WHOQOL – BREF E  
WHOQOL – OLD

Zimbra

Page 1 of 2

Zimbra

caliopepilger@usp.br

---

**Re: WHOQOL- Old e Breaf**

---

**De :** Marcelo Pio de Almeida Fleck  
<mpafleck@gmail.com>

Dom, 14 de Jul de 2013 22:38

**Assunto :** Re: WHOQOL- Old e Breaf**Para :** caliopepilger@usp.br

Prezada Calíope

O WHOQOL-OLD E O BREF estão disponíveis no endereço  
[www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq](http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq) - instrumentos de pesquisa - Whoqol .  
Estou à disposição para eventuais dúvidas,

Att

Marcelo Fleck

Em 2 de julho de 2013 15:12, &lt;caliopepilger@usp.br&gt; escreveu:

Olá Professor Dr. Marcelo,

Meu nome é Calíope Pilger, sou doutoranda da Escola de Enfermagem  
de Ribeirão Preto da USP.

Eu e minha orientadora (Luciana Kusumota) pretendemos utilizar o  
instrumento WHOQOL-Old e Breaf na minha tese. Visto que vai  
complementar muito o meu estudo que será sobre a espiritualidade e  
religiosidade e qualidade de vida de idosos renais crônicos.

Em virtude disso, gostaria muito da sua autorização para utilizar O  
WHOQOL - Old e Breaf em minha pesquisa, e assim sendo se for  
possível, peço também um cópia da mesma caso esteja disponível.

Também gostaria de pedir sua colaboração caso eu encontre dúvidas a  
respeito da utilização e da análise do instrumento

Agradeço pela sua atenção,  
Calíope Pilger

## **APÊNDICE VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa que se chama “A espiritualidade e religiosidade e sua relação no enfrentamento e na qualidade de vida de idosos renais crônicos”, e tem por objetivo analisar a relação da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida dos idosos renais crônicos, além de verificar o uso de estratégias religiosas e espirituais no enfrentamento desta doença. Os pesquisadores responsáveis por esta pesquisa são: Calíope Pilger, aluna de pós-graduação do programa de enfermagem fundamental e Luciana Kusumota, que é professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Desta forma convidamos o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa respondendo às questões contidas nos questionários. A entrevista será realizada no serviço de hemodiálise, no dia de sua vinda para tratamento, pela aluna de pós graduação e levará cerca de 50 minutos do seu tempo. Você poderá participar ainda de outras fases além desta primeira parte que verificará as condições mentais (memória, orientação, linguagem, uso das palavras, atenção), a fase seguinte corresponde à aplicação de outros instrumentos que avaliarão sua qualidade de vida, seu bem estar e enfrentamento religioso e espiritual.

O(a) Senhor(a), se desejar participar, necessita assinar este termo de consentimento e ficará com uma cópia assinada.

Ao finalizar o estudo, os resultados poderão contribuir para o Senhor (a) de maneira indireta, pois esta pesquisa poderá auxiliar na melhoria do atendimento e cuidado aos pacientes com doença renal crônica, quanto integração da espiritualidade e religiosidade na assistência à saúde.

Asseguramos que o(a) senhor(a) não será identificado após responder às perguntas, a sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e divulgação dos resultados da pesquisa. Entretanto, solicito sua autorização, enquanto participante desta pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, o que muito contribuirá para a realização deste trabalho.

Esta pesquisa poderá apresentar um risco mínimo para o Senhor (a), visto que, ao responder as perguntas presentes nos instrumentos poderá lembrar-se de fatos, lembranças prazerosas ou não de sua vida, causando assim, certos desconfortos emocionais. Se isso ocorrer, o Senhor (a) poderá ser encaminhado para o serviço de psicologia da clínica de hemodiálise que faz o tratamento.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica. Sua participação nesta pesquisa não lhe trará despesas, gastos ou danos.

O(a) senhor(a) terá total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, deixar de responder questões, podendo inclusive, retirar-se da mesma em qualquer etapa e isso não lhe causará nenhum prejuízo.

Poderá, também, pedir novos esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento, se achar necessário, no endereço das pesquisadoras abaixo.

Muito obrigada pela atenção,

---

Calíope Pilger

Telefone: 16- 36020534

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP

Endereço: Avenida os Bandeirantes, 3900 –  
Campus Universitário, Cidade: Ribeirão Preto SP

Telefone: (16) 3602 0534

Email: kusumota@eerp.usp.br

---

Luciana Kusumota

Nome completo:

---

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Espaço para Impressão Digital



*ANEXOS*

---



## ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@ede.usp.br

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 051/2013

Ribeirão Preto, 15 de março de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de março de 2013.

**Protocolo CAAE: 10699112.8.0000.5393**

**Projeto:** A espiritualidade e religiosidade e sua influência no enfrentamento e na qualidade de vida de idosos renais crônicos.

**Pesquisadores:** Luciana Kusumota  
Calíope Pilger

***Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.***

Atenciosamente,

**Prof.ª. Dr.ª. Lucila Castanheira Nascimento**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Profa. Dra. Luciana Kusumota**

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP