

QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E ESPERANÇA
EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE
ACOMPANHADAS EM UM HOSPITAL ESCOLA DO NORDESTE BRASILEIRO

QUALITY OF LIFE, SPIRITUALITY, RELIGIOSITY AND HOPE OF THE PEOPLE
SUFFERING FROM CHRONIC RENAL DISEASE IN HEMODIALYSIS
FOLLOWED IN A SCHOOL HOSPITAL IN THE NORTHEAST OF BRAZIL

Autores

Melyna Bitar Cavalcanti Leimig

Acadêmica de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Endereço: Rua Afonso de Albuquerque Melo, 420. Casa Forte, Recife (PE)

Telefone: 81 9 9601 1067

Email: melynabcl@gmail.com

Raiza Tavares Lira

Acadêmica de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Endereço: Rua Quarenta e Oito, 97. Espinheiro, Recife (PE)

Telefone: 81 9 9768 7252

Email: raizatavareslira@gmail.com

Felipe Borges Peres

Acadêmico do 2º período da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Endereço: Rua Dona Rita de Souza, 187. Casa Forte, Recife (PE)

Telefone: 81 9 9223 1992

Email: felipe.bp.peres@gmail.com

Co-orientador:

Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira

Médico graduado pela Faculdade Pernambucana de Saúde (2016), com atuação em

Medicina de Família e Comunidade

Endereço: Rua dos Navegantes, 972. Boa Viagem, Recife (PE)

Telefone: 81 9 9297 5840

Email: gorayeb.alberto@gmail.com

Orientadora

Ana Rodrigues Falbo

Médica, membro da Diretoria de Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof.

Fernando Figueira (IMIP)

Endereço: Rua dos Coelhoos, nº 300 - Boa Vista, Recife (PE).

Telefones: (81) 21224113/ 21224702

Email: anarfalbo@gmail.com

Resumo

Objetivos: analisar a espiritualidade, a esperança e a qualidade de vida de pacientes maiores de 18 anos com doença renal crônica em hemodiálise acompanhados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. **Métodos:** realizado estudo corte transversal entre Agosto de 2016 a Julho de 2017. Os dados referentes à qualidade de vida foram coletados por meio do instrumento *WHOQOL-SRPB-bref*, constituído por questões tipo Likert, compondo cinco domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais, Meio ambiente e Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Já os dados de esperança de vida foram coletados por meio da Escala de Esperança de *Herth*. **Resultados:** o estudo envolveu 165 pacientes. Bom indicador de qualidade de vida ocorreu nos domínios da Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (81,0%), das Relações sociais (75,8%), do Psicológico (67,5%) e do domínio Meio Ambiente (64,4%). Já o domínio Físico apresentou o indicador mais baixo (58,3%). Com relação à esperança de vida, obteve-se variação de pontuação de 21 a 45, sendo 35 a mais frequente, significando alta esperança de vida no grupo estudado. **Conclusões:** os indicadores de espiritualidade, religiosidade e esperança de vida se mostraram satisfatórios no grupo estudado. No contexto da doença renal crônica estes aspectos surgem como medidas de fortalecimento para as dificuldades da vida diária.

Palavras-chave: doença renal crônica, hemodiálise, qualidade de vida, espiritualidade, religião, esperança de vida.

Abstract

Objectives: analyze the spirituality, hope and quality of life of patients over 18 years old with Chronic Kidney Disease undergoing hemodialysis at the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. **Methods:** A cross sectional study was performed between August 2016 and July 2017, including 165 patients. Quality of life data were collected through the WHOQOL-SRPB-bref, consisting of Likert-type questions, composing five domains: Physical, Psychological, Social Relations, Environment and Spirituality/religiosity/personal beliefs. Life expectancy data were collected using Herth Scale of Hope. **Results:** indicators of good quality of life occurred in the areas of spirituality/religiosity/personal beliefs (81,0%), social relations (75,8%), Psychological (67,5%) and Environment (64,4%). The physical domain had the lowest indicator (58,3%). With regard to life expectancy, scores ranged from 21 to 45, with 35 being the most frequent, indicating high hope in the group studied. **Conclusions:** the indicators of spirituality, religiosity and life expectancy were satisfactory in moderate magnitude. In the context of chronic kidney disease these aspects appear as strengthening measures for the difficulties of daily living.

Key words: chronic kidney disease, hemodialysis, quality of life, spirituality, religion, hope.

Introdução

Nos últimos anos, a Doença Renal Crônica (DRC) se tornou um problema de saúde pública devido ao aumento de sua prevalência entre a população mundial e pelo seu grande impacto na morbimortalidade dos indivíduos acometidos¹. Apesar dos avanços observados no tratamento da doença, estes não são suficientes para a manutenção de uma vida normal². Dessa forma, a espiritualidade e a religiosidade podem contribuir para um melhor enfrentamento da doença, do seu tratamento e de suas consequências, melhorando a qualidade e a esperança de vida².

Estima-se que 10,0% da população mundial sejam acometidas pela DRC³. Já no Brasil, a incidência de novos pacientes cresce cerca de 6,0% ao ano, estimando-se que 10 milhões de pessoas estejam em algum estágio da DRC, constituindo um cenário preocupante³. Mais comum em pessoas do sexo masculino e na faixa etária correspondente a 19-64 anos, a alta incidência da DRC pode ser justificada pelo número crescente de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, já que essas doenças se configuram como os principais fatores de risco para o desenvolvimento da lesão renal³.

Em média, 90,6% das pessoas com DRC necessitam de terapias renais substitutivas e, em especial de hemodiálise, modalidade terapêutica mais utilizada em todo o mundo⁴. Geralmente, o paciente com DRC necessita de uma média de três sessões de hemodiálise semanais, com duração de 4 horas cada uma⁵. No Brasil, há uma média de 795 centros de diálise cadastrados na Sociedade Brasileira de Nefrologia que oferecem o serviço à população, prestando assistência a um contingente estimado de 112.000 pacientes³.

Embora os tratamentos da DRC disponíveis substituam parcialmente a função renal e aliviem os sintomas, preservando a vida dos doentes, nenhum deles é curativo². Dessa forma, as medidas terapêuticas, em sua maioria, não possibilitam o retorno aos aspectos

qualitativos da vida, como papel social e familiar e inclusão no mercado de trabalho⁶. Tal fato pode ser evidenciado pelas mudanças cotidianas do indivíduo, tais como a manutenção de uma dieta alimentar e hídrica específica e a modificação na aparência corporal, em razão da presença do cateter para acesso vascular necessário à hemodiálise⁷. Ademais, há o acometimento dos aspectos biopsicossociais, com maior propensão ao desenvolvimento de sintomas depressivos e de ansiedade⁸.

Nesse contexto, ferramentas de enfrentamento e fortalecimento surgem como importantes potenciais terapêuticos para as pessoas acometidas. Dentre essas, destaca-se o papel da espiritualidade e da religiosidade como aspectos que devem ser valorizados por propiciarem o fortalecimento para a luta diária contra as dificuldades². Portanto, torna-se importante a abordagem da estância espiritual do paciente por parte da equipe multiprofissional de saúde². No Brasil, 92,6% da população possui uma religião, a qual pode ser uma forma de acesso ao desenvolvimento da espiritualidade, neste contexto, essa discussão ganha ainda mais pertinência⁹.

Sendo assim, espiritualidade é definida como a busca individual de significados e propósitos de vida através da transcendência de si, tarefa desenvolvida, por exemplo, através da religiosidade e/ou crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo, humanismo e artes¹⁰. A religiosidade, por sua vez, implica a relação do ser humano com um ser transcendente¹¹, ou seja, o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião². Além disso, ambos os termos possuem papel no que se refere à atribuição de significados à vida, como um próprio recurso para construir a esperança de vida, especialmente no tocante ao enfrentamento de doenças que causam mudanças no estado clínico e físico dos pacientes, como nos casos de hemodiálise¹⁰.

A esperança é o estado que se relaciona com a perspectiva por um futuro melhor¹². Pode, portanto, ser considerada uma estratégia efetiva para o enfrentamento da nova

condição imposta pela DRC, já que contribui para a capacitação do indivíduo em lidar com situações de crise, impulsiona-o a agir para alcançar um objetivo, além de proporcionar bem-estar físico e emocional e estimular o indivíduo e a sua família a buscarem caminhos alternativos para aceitação da doença, que irá repercutir na manutenção da sua qualidade de vida¹². A qualidade de vida pode ser definida como 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 preocupações¹³.

Para avaliação da qualidade de vida, da espiritualidade e religiosidade foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o instrumento *World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB-bref)*. Ele foi estudado de forma colaborativa em vários centros em todo o mundo e avalia as percepções do indivíduo no contexto de sua cultura e sistemas de valores, e seus objetivos pessoais, padrões e preocupações¹⁴. Já para a avaliação da esperança de vida, foi desenvolvida a Escala de Esperança de *Herth* que se trata de uma escala de auto-relato, de fácil e rápida aplicação e reflete claramente a dimensão de esperança em populações clínicas¹⁵. Dadas aplicabilidade e segurança dessas escalas, elas foram utilizadas no presente estudo.

Nas últimas décadas, houve crescente aumento de estudos na área da saúde correlacionando a espiritualidade e a religiosidade do ser humano com indicadores de bem-estar e qualidade de vida, os quais desencadearam uma série de linhas de pesquisa nesse assunto^{2,16}. Atualmente são demonstradas associações entre maiores níveis de espiritualidade e religiosidade e menor incidência de doenças mentais (maior bem-estar geral¹⁷, menor prevalência de depressão¹⁸, melhor qualidade de vida¹⁹, maior “coping” -

modo de lidar com a doença²⁰, menor tempo de internação²¹ e até melhor função imunológica²²).

Estudo envolvendo 127 pessoas com DRC em São Paulo, em 2014, observou correlação positiva entre esperança e a espiritualidade. Estes achados reforçam que profissionais de saúde que assistem os pacientes em tratamento dialítico devem ter o compromisso de considerar o nível de esperança e de espiritualidade dos mesmos no momento da assistência, visto que estes aspectos poderão refletir no enfrentamento da doença e no seu tratamento¹².

Desta forma, a relação entre espiritualidade, religiosidade e esperança reflete na qualidade de vida das pessoas com DRC em tratamento hemodialítico, uma vez que a associação desses fatores contribui para o fomento de estratégias que poderão ser utilizadas tanto pelo doente e sua família na busca pelo equilíbrio biopsicossocial e espiritual, quanto pela equipe multiprofissional de saúde ao prestar uma assistência à saúde de forma integral²³.

O estudo atual é inovador, sobretudo no Nordeste do Brasil, uma vez que nas bases de dados pesquisadas (*PubMed, Medline, Lilacs*) se observou escassez de trabalhos correlacionando os três emergentes objetos da presente pesquisa.

Portanto, pretendeu-se, com este estudo, analisar a espiritualidade, a esperança e a qualidade de vida das pessoas com DRC em terapia hemodialítica acompanhadas pelo serviço de nefrologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Método

Foi realizado um estudo corte transversal no Setor de Nefrologia do IMIP, envolvendo pacientes com idade acima de 18 anos com diagnóstico clínico de DRC e em terapia renal substitutiva através de hemodiálise no IMIP. Foram excluídos aqueles com

condições clínicas que dificultaram responder as perguntas e também aqueles que não estavam presentes no momento da entrevista.

Os dados foram coletados no período compreendido entre os meses de Janeiro a Abril de 2017. O contato com os participantes do estudo foi durante a própria sessão de hemodiálise. Antes do início da pesquisa foi realizado um treinamento para a aplicação do questionário entre os pesquisadores do estudo para sistematizar a forma de realização das perguntas e o registro das respostas. Foram apresentados aos potenciais participantes os objetivos e as demais informações sobre a pesquisa, esclarecendo-se possíveis dúvidas. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizada entrevista com aplicação do instrumento de caracterização dos participantes, do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, *WHOQOL-SRPB-bref* e da avaliação da esperança por meio da Escala de Esperança de *Herth*.

O instrumento utilizado na caracterização dos participantes foi construído especificamente para esta pesquisa, sendo composto por questões relativas a dados sociodemográficos (nome, idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, raça/cor, procedência e naturalidade, atividade laboral, renda familiar, questões relacionadas a religião e crenças pessoais) e dados clínicos (tempo de DRC, tempo de hemodiálise e doença de base que determinou a DRC).

O instrumento *WHOQOL-SRPB-bref* foi testado e validado para a cultura brasileira, sob a coordenação do grupo da OMS¹⁴. Tal instrumento consta de 34 facetas, sendo duas questões gerais de qualidade de vida, as quais não foram utilizadas no presente estudo e as demais (32) que foram utilizadas e compõem os cinco domínios: 1. Físico, 2. Psicológico, 3. Relações sociais, 4. Meio ambiente e 5. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB). Cada um dos domínios descritos acima é composto por um número de facetas específicas, a saber: sete facetas para o domínio físico; cinco para o

psicológico; três para o das relações sociais; oito para o meio ambiente e, finalmente, nove para o domínio espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB).

Essas questões do *WHOQOL-SRPB-bref* são do tipo Likert, com cinco níveis de respostas específicas para cada faceta: intensidade (graduada em muito insatisfeito, insatisfeito, nem insatisfeito nem satisfeito, satisfeito e muito satisfeito), capacidade (graduada em nada, muito pouco, mais ou menos, bastante e extremamente), frequência (graduada em nunca, algumas vezes, frequentemente, muito frequentemente e sempre) e avaliação (graduada em muito ruim, ruim, nem ruim nem boa, boa e muito boa). Os itens 3, 8, 14 eram reversos e para análise foram considerados os seus valores espelhados.

Os resultados da aplicação do *WHOQOL-SRPB-bref* foram expressos através de escores, ou seja, a média aritmética do conjunto das facetas que compõem cada domínio (descritos acima). Posteriormente, como medida final de mensuração, os escores dos domínios foram transformados em indicadores de qualidade de vida variando entre 0% a 100%, considerando os cinco níveis de respostas para cada faceta, sendo 100% o valor 5²⁴. Os indicadores de qualidade de vida de cada domínio foram distribuídos em faixas: 1^a faixa – de 0,0% a 20,0%; 2^a faixa – de 20,001% a 40,0%; 3^a faixa – de 40,001% a 60,0%; 4^a faixa – 60,001% a 80,0%; 5^a faixa – de 80,001% a 100%. Para a análise da qualidade de vida foram considerados os seguintes pontos de corte: 1^a, 2^a e 3^a faixas (menor ou igual a 60,0%)= baixa qualidade de vida e as 4^a e 5^a faixas (maior que 60,0%)= boa qualidade de vida.

Os dados referentes à esperança de vida foram coletados por meio do instrumento Escala de Esperança de *Herth*, validado no Brasil¹⁵. Esta é uma escala de autorrelato de origem americana, que quantifica a esperança de vida. Possui 12 afirmativas tipo Likert com quatro níveis de respostas: 1. “discordo completamente”, 2. “discordo”, 3. “concordo” e 4. “concordo completamente”. Os itens 3 e 6 eram reversos e para análise

foram considerados os seus valores espelhados. O escore total da escala foi obtido a partir dos valores atribuídos a cada resposta para cada afirmativa, variando de 1 a 4. O resultado final varia de 12 a 48, ou seja, todas as respostas 1 ou todas as respostas 4 respectivamente, considerando um total de 12 itens. Quanto maior o valor encontrado, mais alto o nível de esperança de vida.

A partir das informações obtidas por meio dos formulários para registro de dados e das escalas, foi construído um banco de dados do *software* Excel para Windows 2007 com dupla entrada. Para análise de consistência dos dados foi utilizado o Módulo Data Compre do Programa Estatístico *Epi-Info* 2008 versão 3.5.1. Posteriormente, por meio do *Epi-Info* foi realizada a análise descritiva com a obtenção de medida de tendência central e dispersão (medianas e seus quartis) para as variáveis contínuas e foi verificada a distribuição de frequência (percentual) para as variáveis categóricas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana do IMIP sob o registro número 1.814.286.

Resultados

Dos 165 pacientes cadastrados no Centro de Hemodiálise do IMIP durante o período de coleta de dados, cinco não estavam presentes no momento da entrevista por motivo de falta à sessão de hemodiálise, dois estavam sedados sem condição de responder ao formulário; 13 não estavam aptos a responder por serem portadores de deficiência cognitiva e/ou física; dois eram menores de idade e quatro recusaram-se participar da pesquisa. No total, participaram do estudo 139 pacientes (84,2%). (Figura 1)

Em relação às características de base, foi observado discreto predomínio do sexo masculino (51,8%), a idade variou de 19 anos a 88 anos com mediana de 50 anos (Interquartile range (IQR): 38 anos a 61 anos). A maioria dos pacientes se autodeclaram

pardos (59,0%), seguido por brancos (25,2%) e negros (14,4%). Quanto ao estado civil, 52,7% dos pacientes eram casados. Quanto à renda familiar mensal foi observado que em 82,8% dos casos era menor ou igual a um salário mínimo (R\$ 937,00). A maior parte dos participantes recebia benefício por invalidez da Previdência Social (72,7%), sendo que 4,3% ainda estavam em atividade. Apenas 10,8% concluiu o Ensino Fundamental.

A maioria dos pacientes era procedente da Região Metropolitana do Recife (RMR) (89,9%) e o restante residia em municípios da Zona da Mata (7,9%), Agreste (1,4%) e Sertão do estado (0,7%).

Em relação à afiliação religiosa, 40,3% declararam-se evangélicos/protestantes, sendo o mesmo percentual de católicos, enquanto que 13,7% afirmaram acreditar em Deus, porém sem seguirem uma religião. Quando os pacientes foram questionados o quanto se consideravam uma pessoa religiosa, 51,1% declararam ser moderadamente religiosos; 42,9% declararam frequentar alguma Igreja ou templo religioso uma vez por semana e 46,0% declararam se dedicar diariamente a alguma atividade religiosa individual, como preces, rezas e meditações.

O tempo de Doença Renal Crônica (DRC) variou de dois meses a 31 anos com mediana de seis anos (IQR: 3 anos a 12 anos). O tempo de hemodiálise variou de 1 mês a 25 anos com mediana de 3,3 anos (IQR: de 1,5 anos a 7 anos). As principais doenças de base que desencadearam a DRC foram diabetes e hipertensão arterial sistêmica (55,7%).

Em relação aos indicadores de qualidade de vida segundo os respondentes do *WHOQOL-SRPB-bref*, os percentuais mais elevados, indicando melhor qualidade de vida, ocorreram nos domínios da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) (81,0%) e no domínio relações sociais (75,8%), enquanto o domínio físico apresentou o percentual mais baixo (58,3%). (Tabela 1)

Para o domínio físico, o indicador de qualidade de vida obtido foi de 58,3%, correspondendo à 3ª faixa e sendo classificado como baixa qualidade de vida. Ao analisar as facetas do domínio físico, encontrou-se a capacidade para o trabalho e a independência de medicação ou de tratamentos médicos com os percentuais mais baixos (49,0% e 20,5% respectivamente). No entanto, em relação às facetas mobilidade física (72,8%) e ausência de dor e desconforto (71,6%), a classificação apontou para boa qualidade de vida. (Tabela 2)

Quanto ao domínio Psicológico, todas as facetas apresentaram indicadores de boa qualidade de vida, correspondendo à 4ª faixa com percentuais entre 60,001% a 80,0%. (Tabela 2)

Ao analisar o domínio das Relações Sociais, observou-se um indicador de qualidade de vida alto (75,8%), correspondendo à 4ª faixa. As facetas relações pessoais com familiares/amigos e suporte (apoio) social (81,0% e 82,2%, respectivamente) apresentaram os valores mais altos. (Tabela 2)

O domínio Meio Ambiente também se configurou com uma boa qualidade de vida (4ª faixa de escore) com indicador de 64,4%. Em relação às facetas deste domínio, os menores percentuais estavam relacionados com satisfação financeira para atender as necessidades (58,2%) e participação em/e oportunidades de recreação/lazer (58,8%) o que correspondeu a uma baixa qualidade vida. No entanto, os maiores indicadores de qualidade de vida foram observados para satisfação com as condições do local de moradia (68,2%) e oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (72,8%). (Tabela 2)

Em relação à espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB), o indicador de qualidade de vida correspondeu ao de maior valor (81,0%) dentre os cinco domínios,

incluindo todos às suas facetas com uma boa qualidade de vida, correspondendo às 4ª e 5ª faixas com percentuais maiores que 60,001%. (Tabela 2)

Com relação à esperança de vida dos participantes, a variação de pontuação total obtida no presente estudo foi de 21 a 45, sendo a pontuação 35 a de maior frequência, lembrando que a pontuação pode variar de 12 a 48 e quanto maior o valor encontrado, maior a esperança de vida.

Discussão

Nos dias atuais, a DRC é uma morbidade importante para a saúde pública devido à sua prevalência elevada entre a população brasileira. Esta alta frequência pode ser atribuída ao envelhecimento e ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM), que são os principais fatores de risco para DRC como aponta o Censo de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2014³. No presente estudo, estas também foram as principais causas encontradas para a ocorrência da DRC, correspondendo a 55,7% dos casos.

Em relação aos aspectos sociodemográficos do grupo estudado, os dados apontaram para um paciente do sexo masculino (51,8%) de etnia parda (59,0%) e com mediana de 50 anos de idade. Outros estudos, em pacientes renais crônicos em hemodiálise esboçaram dados semelhantes^{25,26}. Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2008), os homens são mais vulneráveis às doenças crônicas, estando mais susceptíveis aos principais fatores de risco para a sua ocorrência, somado ao fato da evolução da terapêutica dialítica contribuir para o aumento da expectativa de vida desta população.

O atual estudo apontou predomínio da raça/cor parda (59,0%) em pacientes com DRC, em divergência a outros estudos com a mesma população nos quais predominou raça/cor branca^{12,26}. Uma das explicações seria o fato dessas pesquisas terem incluído

pacientes, sobretudo, da região sudeste e sul do Brasil, em que a maioria da população se autodeclara branca^{12,27}.

Apesar de ter se encontrado extremos de idade que variaram de 19 a 88 anos, a mediana apontou para 50 anos e 75,0% dos pacientes tinham idade igual ou menor que 61 anos. Estudo comprovou que a taxa de filtração glomerular (TGF) se reduz a partir dos 40 anos, o que acarreta uma perda do equilíbrio interno dos rins, levando à maior predisposição ao comprometimento renal, o que foi comprovado, no estudo atual, com a predominância de faixa etária elevada²⁸.

Embora a DRC e o seu tratamento dialítico não constituam impedimento direto e absoluto ao trabalho, causam limitações importantes, que podem explicar a baixa condição socioeconômica observada no presente estudo, no qual 82,8% dos pacientes recebiam até um salário mínimo (R\$ 937,00). O fato de 72,7% dos pacientes estarem recebendo auxílio-doença e apenas 4,3% dos pacientes estarem em alguma atividade laboral pode confirmar a condição limitante da doença no grupo avaliado. No entanto, vale ressaltar a cadeia complexa e de retroalimentação de eventos relacionados à ocorrência de uma doença, tornando-se difícil definir a hierarquia da sua causalidade.

Com relação ao grau de escolaridade, cabe destacar que apenas 10,8% dos pacientes concluíram o Ensino Fundamental, corroborando os achados de uma pesquisa realizada em São Paulo com pacientes em hemodiálise, na qual 66,0% dos entrevistados eram analfabetos funcionais¹². Esses dados podem também justificar o baixo nível socioeconômico predominante encontrado no vigente estudo.

Quanto às informações coletadas por meio do instrumento *WHOQOL-SRPB-bref*, os dados referentes ao domínio físico apontaram para uma baixa qualidade de vida (58,3%). As facetas independência de medicações/tratamentos e capacidade para o trabalho revelaram os indicadores mais baixos (20,5% e 49,0%, respectivamente). Esses

achados poderiam estar associados com a condição limitante da própria doença, de evolução crônica e grave, sobretudo, no caso dos pacientes estudados, todos em fase avançada da DRC e em terapia renal substitutiva que demanda presença no serviço de saúde por pelo menos 12 horas semanais.

Embora o domínio físico, no geral, tenha se mostrado insatisfatório, chama-se a atenção para as facetas ausência de dor/desconforto e mobilidade física que obtiveram escores apontando para boa qualidade de vida (71,6% e 72,8%, respectivamente). A DRC não é, em si, causa de dor e também, este sintoma não é esperado como efeito colateral da hemodiálise²⁹. O desconforto causado pela doença e pelo tratamento pode ser minimizado pela efetividade da intervenção multidisciplinar que ocorre no serviço do IMIP. Outro aspecto que talvez explique esses achados sejam os tempos relativamente curtos de evolução da DRC cuja mediana foi de seis anos e o de hemodiálise com mediana de 3,3 anos.

O domínio das Relações Sociais apresentou uma boa qualidade de vida (75,8%), sendo a faceta suporte (apoio) social a de valor mais alto (82,2%). Associado a isso, teve-se que a maioria dos pacientes era casada (52,7%). Esses dados são relevantes, visto que a existência de uma rede de apoio familiar e/ou de amigos pode contribuir para melhor lidar com a doença e com o tratamento hemodialítico, além do cuidado em domicílio, pois a DRC possui como consequência a perda funcional, com comprometimento da independência e da autonomia dos pacientes²⁶.

Em relação ao domínio Meio ambiente, os dados apontaram para uma boa qualidade de vida (64,4%). Os indicadores mais baixos corresponderam às facetas recursos financeiros (58,2%) e oportunidade/participação em recreação e lazer (58,8%). Esses valores podem ser explicados pela condição limitante da doença e do seu tratamento hemodialítico com duração de muitas horas semanais que podem afetar as

atividades diárias, recreativas e ocupacionais do paciente. Esse último fator contribui para a baixa condição socioeconômica encontrada no presente estudo, devendo-se ressaltar, mais uma vez, a cadeia retroalimentadora dos eventos relacionados com uma doença crônica.

Um dos valores mais altos do domínio meio ambiente correspondeu à faceta oportunidade de adquirir novas informações e habilidades (72,8%). A aquisição de informações pode ser atribuída ao fato de se tratar de doença grave e crônica, despertando a curiosidade de seu portador e pelo fácil acesso às tecnologias de informação. O maior acesso às redes de comunicação pela população e o fato dos pacientes conviverem frequentemente com profissionais de saúde e outros pacientes em um hospital de referência podem contribuir para a aquisição de novas informações. A busca por novas habilidades pode, mais uma vez estar associada com a própria condição limitante da doença que propicia a busca por alternativas pelo paciente.

O domínio espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) obteve o maior indicador de qualidade de vida dentre os cinco domínios (81,0%). Isso pode ser explicado pela maioria dos pacientes possuir alguma religião, 40,3% de evangélicos, sendo o mesmo percentual de católicos, além do fato de 51,1% declararem ser moderadamente religiosos. Isso se torna importante, pois a espiritualidade e religiosidade propiciam o fortalecimento para a luta diária com as dificuldades, além do melhor enfrentamento da DRC e do seu tratamento hemodialítico¹⁶.

O manejo adequado do desconforto, a intervenção também efetiva pela equipe multidisciplinar do serviço, aliada a grande espiritualidade e religiosidade do grupo estudado podem contribuir para a boa qualidade de vida encontrada no domínio psicológico do atual estudo (67,5%). Especula-se ainda, que diante da vivência de

situações difíceis o homem busca estratégias de apoio e superação e tem a possibilidade de ressignificar e redimensionar os seus propósitos de vida.

A Escala de Esperança de *Herth* (EEH) apresentou uma variação de pontuação de 21 a 45, sendo a maior pontuação encontrada o valor 35. Isso significa que o grupo estudo apresentou bons níveis de esperança. Esse fato pode ser explicado pelos elevados indicadores de espiritualidade e religiosidade que podem se relacionar com a perspectiva por um futuro melhor, impulsionando o paciente a agir para alcançar um objetivo e melhor lidar com situações de crise, sendo uma estratégia efetiva para o enfrentamento da nova condição imposta pela DRC¹².

É importante salientar que a EEH foi considerada pelos pesquisadores de fácil aplicação e compreensão, porém pela própria natureza subjetiva do objeto de avaliação, afere apenas valores aproximados, o que pode levar a possíveis erros de interpretação dos níveis de esperança de vida.

Ressalta-se em conclusão, que devem existir mais pesquisas utilizando os aspectos da espiritualidade, religiosidade e esperança de vida como forma não só de, demonstrar a sua importância para o enfrentamento de doenças crônicas e para melhor qualidade de vida, como também ampliar a abordagem a esses pacientes de forma integral e holística pelos profissionais de saúde.

Conclusão

Os indicadores de espiritualidade, religiosidade e esperança de vida do presente estudo, no geral, se mostraram satisfatórios, em moderada magnitude, nos domínios da Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (81,0%), das Relações sociais (75,8%), do Psicológico (67,5%) e do Meio Ambiente (64,4%). Já o domínio físico apresentou o indicador mais baixo (58,3%). Com relação à esperança de vida, obteve-se variação de

pontuação de 21 a 45, sendo 35 a mais frequente, significando que o grupo estudado possuía uma alta esperança de vida.

Apesar dos avanços no tratamento da DRC, as medidas terapêuticas não garantem o retorno à rotina de vida familiar, social e profissional. Nesse contexto, a espiritualidade e a religiosidade surgem como medidas de fortalecimento para lidar com as dificuldades da vida diária. A esperança também tem o seu papel como estratégia efetiva de enfrentamento da condição imposta pela DRC, pois é o estado que se relaciona com a perspectiva por um futuro melhor. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde abordem esses assuntos no momento da assistência ao paciente renal crônico em hemodiálise.

Referências

1. Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciênc Saude Colet* 2004; 9:931-43.
2. Lucchetti G, Almeida LGC de, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J. Bras. Nefrol.* 2010; 32(1): 128-132.
3. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *J. Bras. Nefrol.* 2016 ; 38(1): 54-61.
4. Burkart JM, et al. Peritoneal dialysis. In: BM Brenner, (ed). *Brenner and Rector's The Kidney*. Philadelphia: Saunders, 2004.
5. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J. Bras. Nefrol.* 2011; 33(1): 93-108.

6. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1996; 4: 5-8
7. Ajzen H, Schor N (eds.). *Guia de nefrologia*. São Paulo: Manole. 2002; 1-7
8. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis*. 1998; 32: 557-669
9. Almeida AM, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev. psiquiatr. clín.* 2010; 37(1): 12-15.
10. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq Med*. 2007; 21: 47-53
11. Oliveira MR de, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*. 2012; 17 (3): 469-476
12. Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, Mendiondo MSZ, Pavarini SCI, Orlandi FS. Esperança e espiritualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo correlacional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(2): 248-54.
13. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2000; 5(1): 33-38.
14. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS da, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(1): 153-165.
15. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enferm. USP* .2008; 42(2): 227-232.
16. Ajzen H, Schor N (eds.). *Guia de nefrologia*. São Paulo: Manole. 2002; 1-7

17. Kirby SE, Coleman PG, Daley D. Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004; 59:123-9.
18. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull.* 2003; 129(4): 614-36.
19. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34(supl 1):105-15.
20. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronic illness: a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2004; 13:116-7.
21. Koenig HG, Larson DB, Hays JC *et al.* Religion and survival of 1,010 male veterans hospitalized with medical illness. *J Religion and Health.* 1998; 37:15-29.
22. Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. Attendance at religious services, interleukin-6 and other biological indicators of immune function in older adults. *Int J Psychiatry Med.* 1997; 27: 233-50.
23. Silva LF, Guedes MVC, Moreira RP, Souza ACC. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enferm.* 2002; 15(1): 40-7.
24. Grasselli CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PG, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin Med.* 2012; 10(6): 503-7.
25. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(5): 670.
26. Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Aparecida R, Rodrigues P. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(Número Especial): 152-9
27. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características Étnico- raciais da população: um estudo das

categorias de classificação de cor ou raça. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

28. Ribeiro RCHM, Oliveira GASA de, Ribeiro DF, Bertolin DC, Cesarino CB, et al. Acta Paul Enferm. 2008; 21(Número Especial): 207-11

29. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Medicina Interna de Harrison. 18ª Edição. Porto Alegre: Amgh; 2013

Tabelas e Figuras

Figura 1. Fluxograma de captação dos participantes.

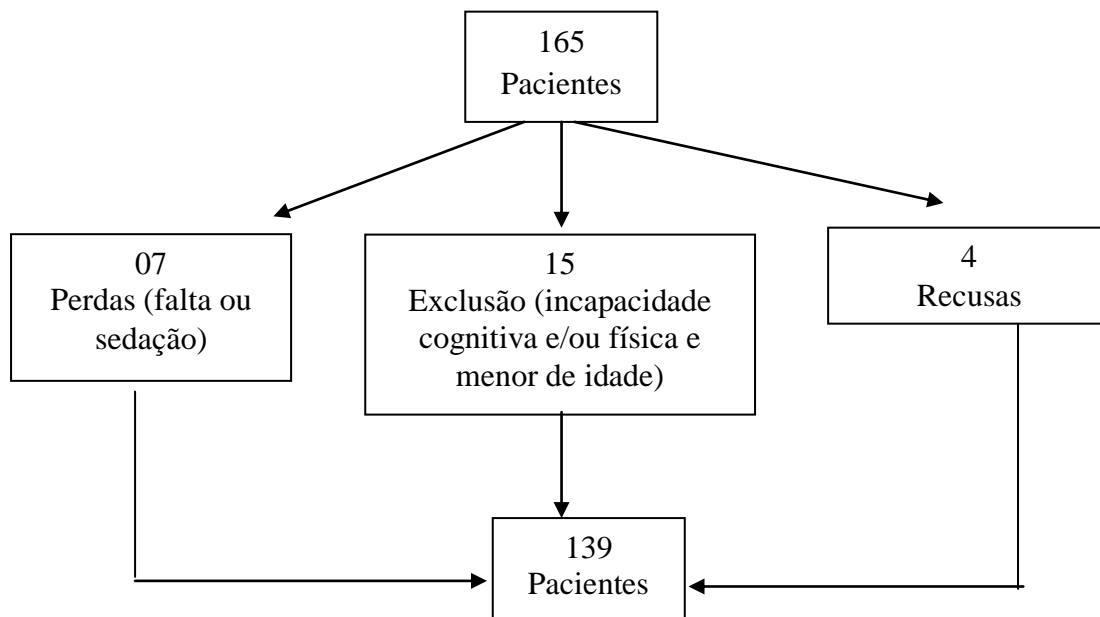


Tabela 1. Qualidade de vida (QV) por domínio, segundo a *WHOQOL-SRPB-bref*, considerando os indicadores em percentual, suas faixas e classificações. Recife, Pernambuco, Brasil. 2017

Domínios	Indicador de QV (%)	Faixas dos percentuais da QV	Classificação da QV *
I. Físico	58,3	3ª faixa	Baixa QV
II. Psicológico	67,5	4ª faixa	Boa QV
III. Relações Sociais	75,8	4ª faixa	Boa QV
IV. Meio ambiente	64,4	4ª faixa	Boa QV
V. Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (SRPB)	81,0	5ª faixa	Boa QV

Classificação da QV: 1ª, 2ª e 3ª faixas (menor ou igual a 60,0%)= baixa qualidade de vida e a 4ª e 5ª faixas (maior que 60,0%)= boa qualidade de vida.

Tabela 2. Indicador de qualidade de vida (QV), suas faixas e classificações por faceta de cada domínio da *WHOQOL-SRPB-bref*. Recife, Pernambuco, Brasil. 2017

Facetas por domínio	Indicador de QV (%)	Faixas dos percentuais da QV	Classificação da QV
Domínio IV Físico			
1. Ausência de dor e desconforto	71,6	4ª faixa	Boa QV
2. Energia e fadiga	61,2	4ª faixa	Boa QV
3. Sono e repouso	70,2	4ª faixa	Boa QV
4. Mobilidade física	72,8	4ª faixa	Boa QV
5. Atividade da vida cotidiana	66,6	4ª faixa	Boa QV
6. Independência de medicação/tratamento	20,5	2ª faixa	Baixa QV
7. Capacidade de trabalho	49,0	3ª faixa	Baixa QV
Domínio II Psicológico			
8. Sentimentos positivos	64,4	4ª faixa	Boa QV
9. Pensar, aprender, memória e concentração	73,8	4ª faixa	Boa QV
10. Autoestima	62,0	4ª faixa	Boa QV
11. Imagem corporal e aparência	63,4	4ª faixa	Boa QV
12. Ausência de sentimentos negativos	74,2	4ª faixa	Boa QV
Domínio III Relações Sociais			
13. Relações pessoais	81,0	5ª faixa	Boa QV
14. Suporte (apoio) social	82,2	5ª faixa	Boa QV
15. Atividade sexual	64,0	4ª faixa	Boa QV
Domínio IV Meio Ambiente			
16. Segurança física e proteção	63,0	4ª faixa	Boa QV
17. Condições do local de moradia	68,2	4ª faixa	Boa QV
18. Satisfação financeira	58,2	3ª faixa	Baixa QV
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	63,6	4ª faixa	Boa QV
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	72,8	4ª faixa	Boa QV

Tabela 2. Indicador de qualidade de vida (QV), suas faixas e classificações por faceta de cada domínio da *WHOQOL-SRPB-bref*. Recife, Pernambuco, Brasil. 2017

Facetas por domínio	Indicador de QV (%)	Faixas dos percentuais da QV	Classificação da QV
Domínio IV Meio Ambiente			
21. Participação em/e oportunidades de recreação/lazer	58,8	3ª faixa	Baixa QV
22. Ambiente físico: poluição/ ruído/ Transito/ clima	67,0	4ª faixa	Boa QV
23. Transporte	64,6	4ª faixa	Boa QV
Domínio V Espiritualidade/ Religiosidade/ Crenças pessoais (SRPB)			
24. Espiritualidade e religiosidade e crenças pessoais	77,2	4ª faixa	Boa QV
25. Conexão com ser ou força espiritual	85,4	5ª faixa	Boa QV
26. Sentido na vida	80,4	5ª faixa	Boa QV
27. Admiração	84,0	5ª faixa	Boa QV
28. Totalidade e integração	72,8	4ª faixa	Boa QV
29. Força espiritual	84,8	5ª faixa	Boa QV
30. Paz interior	78,8	4ª faixa	Boa QV
31. Esperança e otimismo	80,0	4ª faixa	Boa QV
32. Fé	85,6	5ª faixa	Boa QV

Classificação da QV: 1ª, 2ª e 3ª faixas (menor ou igual a 60,0%)= baixa qualidade de vida e a 4ª e 5ª faixas (maior que 60,0%)= boa qualidade de vida.