

Relação entre qualidade de vida e espiritualidade em pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise*

Relation between quality of life and spirituality in chronic renal patients who conduct hemodialysis

Isabela Malaguti¹, Paula B. Manfrim², Thamara M. Santos², Daiane C. N. dos Santos³, Layane L. Napoleão⁴, Renata C. R. e Silva⁵, Susimay A. T. Padulla⁶

RESUMO

Introdução: Um dos tratamentos utilizados na Doença Renal Crônica (DRC) é a hemodiálise, que limita as atividades dos pacientes, favorecendo ao sedentarismo, a deficiência funcional, a depressão e ansiedade, fatores que refletem na sua qualidade de vida. Os pacientes que possuem doenças crônicas apegam-se a fé como forma de encontrar um apoio e alívio para sua dor. **Objetivo:** Analisar a relação entre os escores de espiritualidade com a qualidade de vida desses pacientes. **Métodos:** A amostra foi composta por 100 pacientes de ambos os sexos em tratamento hemodialítico do Instituto do Rim da Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente-SP. Foi utilizado o questionário SF-36 (“*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*”), para avaliação da qualidade de vida, a Escala de Avaliação da Espiritualidade e a Escala Visual Analógica (EVA) para dor. Todos os procedimentos estatísticos foram efetuados no software BioEstat (5.0). **Resultados:** O escore de espiritualidade relacionou-se positivamente com a grande maioria dos domínios do SF-36. Maiores escores de espiritualidade foram relacionados a maiores escores nos domínios vitalidade, saúde mental e qualidade de vida geral, mesmo após os ajustes por sexo, idade e EVA. Foi possível identificar que quanto maior a “esperança no futuro” e a “crença de que a vida melhorou” melhor foi à percepção de saúde. **Conclusões:** A espiritualidade se mostra relacionada positivamente com a melhora na qualidade de vida, devendo ser considerada pelos profissionais que assistem esse tipo de paciente.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Hemodiálise. Qualidade de Vida. Espiritualidade.

1. Graduanda em Fisioterapia – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (FCT-UNESP), Presidente Prudente – SP.
2. Graduanda em Fisioterapia – FCT-UNESP
3. Fisioterapeuta Especializanda em Fisioterapia Hospitalar - FCT-UNESP
4. Fisioterapeuta Residente - FCT-UNESP.
5. Fisioterapeuta - Pós Doutoranda em patologia pela Universidade de São Paulo, Docente do curso de fisioterapia FCT-UNESP.
6. Docente do Departamento de Fisioterapia da FCT-UNESP.

Correspondencia
Susimay Aparecida Trevisan Padulla,
Departamento de Fisioterapia
Faculdade de Ciências e Tecnologia,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Presidente Prudente – SP.

Artigo recebido em 04/10/2013
Aprovado para publicação em 05/12/2014

* Pesquisa Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Presidente Prudente – SP, sob o número de processo 97/2011.

ABSTRACT

Introduction: The hemodialysis is the treatment most used in patients with chronic kidney disease, and the same, limits the activities of patients, favoring sedentary lifestyle, functional disability, depression and anxiety, factors that reflect the quality of their life. Patients who have chronic diseases cling to faith as a way to find support and relief for their pain. **Objective:** This research has the objective to analyze the relationship between the scores of spirituality to quality of life of these patients. **Methods:** The study consisted of 100 patients of both sexes undergoing hemodialysis at Kidney Institute, Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente-SP. We used the SF-36 questionnaire to assess quality of life, The Spirituality Rating Scale and The Visual Analogue Scale (VAS) for pain. All statistical procedures were performed in BioEstat (5.0). **Results:** The score of spirituality was related to the great majority of the SF-36. The higher scores of spirituality were related to higher scores in vitality, mental health and overall quality of life, even after adjusting for sex, age and VAS. It was possible to identify that the higher the "hope for the future" and "the belief that life has improved" was the best health perception. **Conclusions:** The Spirituality was shown to be positively related to improvement in quality of life and should be considered by the professionals who attend this kind of patient.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Hemodialysis. Quality of Life. Spirituality.

Introdução

Doença Renal Crônica (DRC) comumente se desenvolve após um dano renal inicial que é seguido de perda lenta, progressiva e irreversível das funções desse órgão. Em suas fases mais avançadas, chamadas de fase terminal, os rins não conseguem mais manter as suas funções regulatórias, excretórias e endócrinas. O diagnóstico da DRC baseia-se na identificação dos fatores de risco, presença de alterações no exame de urina e na redução do ritmo de filtração glomerular, avaliado por um teste laboratorial chamado *clearance* da creatinina.^{1,2}

Segundo o Censo de diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) 2013, os principais diagnósticos de base dos pacientes em diálise são: a hipertensão arterial (35%), diabetes *mellitus* (30%) e glomerulonefrite crônica (12%). Os fatores de risco para a doença renal estão relacionados à idade, sexo, obesidade, anemia, fumo, nefrotoxicidade (por drogas) e fatores étnicos.^{3,4,5}

Atualmente, no Brasil, o total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano é de 100.397 conforme o Censo da SBN de 2013, sendo 84% desses pacientes tratados no SUS (Sistema Único de Saúde) e 16% em outros convênios.⁶

Uma vez instalado o quadro de DRC, está indicado a terapia renal de substituição (TRS) tais a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal, sendo a hemodiálise a mais utilizada.²

A hemodiálise é definida como um procedimento que limpa e filtra o sangue, retirando do corpo os

resíduos prejudiciais, o excesso de sal e de líquidos, controlando a pressão arterial e ajudando o organismo a manter o equilíbrio de substâncias químicas como o sódio, o potássio e cloretos. Em média são realizadas três sessões por semana, com duração de três a quatro horas.^{7,8}

O paciente portador de DRC se depara com dificuldades que vão além do quadro clínico provocado pela doença. Este se submete a um tratamento doloroso, de longa duração, de grande rejeição, culpa e lutas, na tentativa diária de conviver harmonicamente com sua condição de saúde. Essa doença acaba impondo ao indivíduo uma série de mudanças e novas perspectivas de vida, incluindo o uso contínuo de medicações e o enfrentamento da dependência de outras pessoas e de aparelhos para adaptações à nova realidade.⁹

Os problemas mais comuns que esse paciente convive são o isolamento social, perda de emprego, dependência da Prevalência Social, perda da autoridade no contexto familiar, afastamento dos amigos, impossibilidade de passeios e viagens prolongadas em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise, diminuição da atividade física, disfunção sexual, entre outros, e também podem apresentar complicações durante e após o tratamento.^{6,10}

Nesse contexto atual de prevalência cada vez mais acentuada de comorbidades de pacientes em diálise, os que possuem doenças crônicas e muitas vezes incuráveis apegam-se a fé e ao ato religioso como forma de encontrar um apoio e um alívio para sua dor.¹¹

Além do bem-estar físico e emocional, as relações sociais, familiares e espirituais são extremamente afetadas, e essa condição pode ser mais bem entendida se uma construção multidimensional com todos esses aspectos for considerada. Emoções negativas como depressão e ansiedade correlacionam-se também com piora na percepção da dor de cada indivíduo. Ignorar qualquer uma dessas dimensões torna a abordagem do paciente incompleta. Acolher esse movimento de transcendência neste momento da existência humana é um dos alicerces para a qualidade de vida do paciente que pode ter na espiritualidade o caminho.¹²

A espiritualidade é entendida como uma maneira pessoal de entender e abordar as questões finais sobre a vida, sobre o seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas. Enquanto que religiosidade é como e quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião, podendo ser organizacional, com participação na igreja ou templo religioso ou não organizacional, como rezar, ler livros e assistir programas religiosos na televisão.^{11,13}

Apesar de diversos dados sobre o impacto da espiritualidade/religião na vida das pessoas, a saúde ocidental como um todo, vinha tendo duas posturas principais em relação ao tema: negligência, por considerar esses assuntos sem importância ou fora da área de interesse principal; ou oposição, ao caracterizar as experiências religiosas dos pacientes como evidência de psicopatologias diversas.^{12,14}

Estudos têm demonstrado maiores associações entre espiritualidade e doenças mentais como maior bem-estar geral, menores prevalências de depressão, abuso de drogas e suicídio, melhor qualidade de vida, melhor aceitação da doença, menor mortalidade, menor tempo de internação e até melhor função imunológica.¹⁴

Como no Brasil 92,6% da população possui uma religião e aproximadamente 90% costumam frequentar a igreja¹¹, além do alto número de pacientes estimados que realizam tratamento dialítico³, torna-se importante verificar a relação entre espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida nos pacientes em diálise. Por isso, compreender a importância da espiritualidade em pacientes com DRC que fazem hemodiálise, e seu impacto sobre a qualidade de vida desses pacientes parece ser relevante, tendo intuito de melhorar do bem estar geral nessa população.

Objetivo

Analisar os escores de espiritualidade e suas possíveis relações com qualidade de vida em pacientes com DRC submetidos à hemodiálise.

Casuística e Métodos

Aspectos de natureza ética

Conforme a Resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, esse projeto é considerado uma segmentação do projeto intitulado “Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica que realizam hemodiálise na Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente-SP” o qual foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, campus Presidente Prudente (UNESP) com o protocolo de n. 97/2011. Também, em cumprimento às exigências éticas, o projeto recebeu do Instituto do Rim da Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente - SP, o consentimento formal para a realização da pesquisa.

Descrição do método

Dos 124 doentes renais crônicos em programa de hemodiálise no Instituto do Rim da Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente-SP, participaram da pesquisa 100 pacientes de ambos os sexos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma.

Foram excluídos do trabalho todos os pacientes portadores de qualquer tipo de doença ou complicação que incapacite o estudo na aplicação dos questionários, como demência, atraso cognitivo, impossibilidade de comunicação e expressão, entre outras e os que se recusaram a participar do estudo, não assinando o TCLE.

O Instituto do Rim da Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente, funciona de segunda a sábado, das 07h00 as 19h00, em três períodos distintos, sendo: segunda, quarta e sexta, e terça quinta e sábado nos horários das 07h00 as 11h00, das 11h00 as 15h00, e das 15h00 as 19h00. Os pacientes selecionados foram submetidos um a um à avaliação no período transdialítico, uma hora após o início da sessão de hemodiálise, por dois avaliadores fisioterapeutas treinados previamente. Estes permaneciam sentados ao lado da poltrona hospitalar do paciente, que estava em posição confortável.

Procedimentos

SF-36

O SF-36 (ANEXO1) é um questionário genérico de avaliação da qualidade de vida, validado no Brasil por Ciconelli 1997, que avalia tanto os aspectos positivos da saúde (bem-estar) quanto os aspectos negativos (doença) e que tem sido amplamente utilizado por ser de fácil administração e compreensão. Relativamente curto, habitualmente demanda um tempo de aplicação entre 5 e 10 minutos.¹⁵

Este questionário é formado por 36 itens englobados em 8 escalas ou domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás.

A pontuação para cada um dos 8 domínios varia em uma escala de 0 a 100 sendo que 0 corresponde ao pior estado de saúde e 100 melhor estado de saúde.

O questionário SF-36 foi aplicado em forma de entrevista aos pacientes que responderam individualmente às questões.

Posteriormente, foram analisados os resultados da aplicação do questionário SF-36 e avaliados segundo o escore mais baixo que nos indicará o nível da qualidade de vida destes pacientes com DRC.

Escala de Avaliação da Espiritualidade

Trata-se de um instrumento curto previamente elaborado e validado, para avaliar a dimensão da espiritualidade através da aplicação da Escala de Avaliação da Espiritualidade¹⁶ (ANEXO 2). Este instrumento é composto por cinco questões que possuem quatro possibilidades de resposta (escala de Likert, na qual 1= “eu não concordo” e 4= “plenamente de acordo”). Dessa forma, através do escore alcançado, podemos verificar o quanto à espiritualidade afeta a qualidade de vida dos pacientes que realizam hemodiálise.

Para complementar a análise do desfecho em questão, os pesquisadores retiraram mais cinco questões pontuais da escala “Coping” Religioso-Espiritual^{13,14} (ANEXO 3). Esta escala abrange conceitos de espiritualidade da perspectiva pessoal que o paciente submetido a este questionário, vivenciou durante o tratamento de hemodiálise. As questões elaboradas na escala estão centradas na atribuição de sentido/significado da vida (“As minhas crenças espirituais /

religiosas dão sentido à minha vida?” e “A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis?”) e esperança/perspectiva de vida positiva (“Vejo o futuro com esperança?”, “Sinto que a minha vida mudou para melhor?” e “Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida?”). As possibilidades de resposta serão trabalhadas também em escala Likert como descrito acima para o primeiro instrumento.

Avaliação da Dor

Para a avaliação da intensidade da dor foi utilizada a Escala Visual Analógica – EVA, que quantifica de zero (0) a dez (10) a intensidade da dor, sendo zero a ausência total de dor e dez a dor máxima suportável pelo paciente.

A avaliação da dor ainda é muito estudada e subjetiva, principalmente relacionada ao quadro clínico da doença, a incapacidade do doente em se comunicar e/ou a urgência iminente. Da mesma forma, existem controvérsias sobre o controle da dor e da analgesia, assim, quando medida como outros sinais vitais, as escalas de avaliação são adequadas, pois validam a dor pelo paciente.¹⁷

Análise estatística

As variáveis numéricas foram apresentadas como mediana, média, diferença interquartil (DI) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os coeficientes de correção de Spearman foram utilizados em decorrência de algumas variáveis numéricas serem de origem discreta. Um modelo multivariado foi construído utilizando a regressão linear (expressa por valores de beta [β] e seus respectivos IC95% [$\beta_{IC95\%}$]), a qual foi ajustada por fatores de confusão. Todos os procedimentos estatísticos foram efetuados no software BioEstat (5.0) e os valores de significância estatística (p) foram considerados significativos quando inferiores a 0.05.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva das variáveis envolvidas no estudo, bem como as comparações entre os gêneros. A média de idade foi 57,6 anos e não diferiu entre homens e mulheres. Foi observada também, inexistência de diferenças para o escore de espiritualidade ($p= 0,165$). Por outro lado, homens apresentaram maiores escores para os domínios: funcional e dor do questionário SF-36. Mulheres apresentaram maiores valores para o EVA.

A maior idade foi correlacionada com menores valores do escore funcional ($r = -0.44$) e físico ($r = -0.20$) do SF-36 (Tabela 2). A maior percepção de dor identificada pela EVA relacionou-se negativamente com a grande maioria dos domínios do SF-36, exceto o físico ($r = -0.09$) e a vitalidade ($r = -0.15$). O escore de Barthel não se relacionou positivamente apenas como os domínios vitalidade ($r = 0.04$) e geral ($r = 0.13$). O escore de espiritualidade relacionou-se com a grande maioria dos domínios do SF-36, na realidade, foi à única variável relacionada significativamente com a vitalidade ($r = 0.19$) e qualidade de vida geral ($r = 0.23$).

A relação entre espiritualidade e os domínios da qualidade de vida foi ajustada por diferentes fatores de confusão (Tabela 3). A relação entre espiritualidade e os domínios funcional ($p = 0,599$) e emocional ($p = 0,089$) perderam sua significância após os ajustes realizados. Por outro lado, maiores escores de espiritualidade foram relacionados a maiores escores nos domínios vitalidade ($\beta: 0,964$ [$\beta_{IC95\%}: 0,084; 1,844$]; $p = 0,032$), saúde mental ($\beta: 1,551$ [$\beta_{IC95\%}: 0,387; 2,714$]; $p = 0,009$) e qualidade de vida geral ($\beta: 1,605$ [$\beta_{IC95\%}: 0,350; 2,861$]; $p = 0,013$), mesmo após os ajustes por gênero, idade, EVA e escore de Barthel.

Tabela 1. Características gerais da amostra estratificadas por gênero.

Variáveis	Mediana (DI)	Média (IC95%)	Mann-Whitney (p)
Idade (anos)	59 (20)	57,6 (54,7 – 60,4)	0,277
EVA	1,5 (0,5)	3,1 (2,4 – 3,7)	♀ *
Espiritualidade§	16 (5)	15,6 (15,1 – 16,2)	0,165
SF-36			
Funcional	60 (51)	55,7 (50,1 – 61,3)	♂ *
Físico	25 (50)	30,2 (23,6 – 36,8)	0,942
Emocional	50 (100)	52,1 (43,6 – 60,4)	0,717
Dor	61 (46)	61,1 (55,5 – 66,7)	♂ *
Vitalidade	65 (25)	61,5 (58,8 – 64,2)	0,658
Saúde Mental	72 (32)	70,2 (66,2 – 74,3)	0,144
Social	75 (50)	67,2 (61,8 – 72,7)	0,673
Geral	52 (30)	53,2 (49,3 – 57,2)	0,184

♀ valores superiores para o gênero feminino; ♂ valores superiores para o gênero masculino; §= somatória das questões relacionadas à espiritualidade; EVA= escala visual analógica.

Tabela 2. Correlação entre qualidade de vida e diferentes indicadores em pacientes em diálise.

Qualidade de vida	Coeficiente de Correlação de Spearman		
	Idade	EVA	Espiritualidade§
SF-36			
Funcional	-0.44**	-0.23*	0.18*
Físico	-0.20*	-0.09	-0.03
Emocional	-0.13	-0.29**	0.20*
Dor	-0.11	-0.18**	0.10
Vitalidade	0.06	-0.15	0.19*
Saúde Mental	-0.10	-0.32**	0.26**
Social	-0.06	-0.30**	0.12
Geral	0.05	-0.17	0.23*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; §= somatória das questões relacionadas à espiritualidade; EVA= escala visual analógica.

Tabela 3. Modelo multivariado com ajuste para expressar a relação entre qualidade de vida e espiritualidade entre pacientes em hemodiálise.

Qualidade de vida (SF-36)	Regressão Linear (Espiritualidade§)		
	$\beta_{\text{ajustado}} \pm \text{EPM}$	$\beta_{\text{IC95\%}}$	<i>p</i>
Funcional	0,348 ± 0,661	(-0,962; 1,659)	0,599
Emocional	2,223 ± 1,293	(-0,341; 4,787)	0,089
Vitalidade	0,964 ± 0,444	(0,084; 1,844)	0,032*
Saúde Mental	1,551 ± 0,587	(0,387; 2,714)	0,009*
Geral	1,605 ± 0,633	(0,350; 2,861)	0,013*

§= somatória das questões relacionadas à espiritualidade; IC95%= intervalo de confiança de 95%; EPM= erro-padrão da média; β_{ajustado} = coeficiente ajustado por gênero, idade, escala visual análoga e escore de Barthel, **p*<0,05.

Discussão

Dentre as variáveis envolvidas no estudo, o predomínio do sexo masculino na população estudada (58,26%) e a média de idade (57,6 anos) foram semelhantes às estatísticas encontradas no Censo de Diálise SBN 2012, indicando que 57,7% eram pacientes masculinos e a maior distribuição de pacientes era na faixa etária de 19 a 64 anos.³

Os homens apresentaram maiores escores para os domínios: funcional e dor do questionário SF-36 enquanto que as mulheres apresentaram maior pontuação para dor na escala EVA, indicando maior dor nas mulheres no momento da hemodiálise. Uma investigação da Universidade de Stanford indica que, mesmo quando homens e mulheres têm a mesma doença, as mulheres parecem sofrer mais com a dor. O estudo, publicado na revista *The Journal of Pain*, estudou os dados dos registros médicos eletrônicos de 11 mil pacientes cujos índices de dor foram gravados como parte rotineira de seus tratamentos. Para 21 das 22 doenças com uma comparação significativa, os pesquisadores descobriram que as mulheres relatavam níveis maiores de dor que os dos homens.¹⁸

Neste estudo, 69,78% dos entrevistados apresentaram limitação por aspecto físico, relatados durante a aplicação do questionário SF-36. Os hábitos de vida das pessoas que realizam hemodiálise podem ser afetados pelo seu comprometimento físico. Esses pacientes apresentam baixa tolerância ao exercício físico, devido às complicações da doença, como a atrofia muscular, má nutrição e função muscular.^{19,20,21}

Em relação ao escore de espiritualidade, a grande maioria dos domínios do SF-36 (funcional, emoci-

onal, dor, vitalidade, saúde mental, social e geral), na realidade, foi à única variável relacionada significativamente com a vitalidade (*r*= 0.19) e qualidade de vida geral (*r*= 0.23). O número de estudos que relacionam a espiritualidade com a saúde vem sendo abordado de forma consistente em publicações internacionais e nacionais, chamando a atenção dos profissionais de saúde e pesquisadores.^{11,22}

Em relação à vitalidade, uma pesquisa com mulheres com câncer de mama, notou que maior espiritualidade esteve diretamente relacionada ao número total de linfócitos, de células Natural Killer (NK) e de linfócitos T-helper e T-citotóxicos²⁰. Quanto às pesquisas com marcadores inflamatórios, há evidências de menores níveis de proteína C-reativa e menores níveis de cortisol nos pacientes que possuem maior frequência religiosa.^{24,25}

Um estudo realizado por Patel et al. na George Washington University avaliou 53 pacientes em hemodiálise e foi possível observar uma associação direta entre percepção da importância da fé (espiritualidade) e frequência religiosa, como forma de lidar com a doença e qualidade de vida.²⁶

Existem estudos^{23,27} que analisam a relação entre a espiritualidade e vários aspectos da saúde mental, onde mostraram que pessoas vivenciam melhor saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse quando são religiosas. Outros trabalhos mostraram o envolvimento entre religião e saúde; demonstrando que pessoas religiosas têm estilos de vida mais saudáveis e usam menos serviços de saúde.^{12,28}

Corroborando com os estudos citados acima que relacionam a espiritualidade com a saúde mental, o presente trabalho encontrou resultados semelhan-

tes, onde maiores escores de espiritualidade foram relacionados a maiores escores nos domínios vitalidade, saúde mental e qualidade de vida geral mesmo após os ajustes por gênero, idade e dor, sendo os quesitos: menor nervosismo, menor depressão, menor desânimo, maior tranquilidade e maior felicidade diretamente ligados a espiritualidade.

Da mesma forma, estudos demonstram uma relação entre espiritualidade com melhor qualidade de vida e maior bem estar geral.¹³ Com isso, na análise entre espiritualidade e qualidade de vida geral, o presente estudo mostrou que há considerável relação da melhora na qualidade de vida com a espiritualidade de cada paciente.

Foi possível identificar neste estudo, que quanto maior a “esperança no futuro” e a “crença de que a vida melhorou” melhor foi à percepção de saúde. Além disso, no domínio psicológico, sabe-se o quanto a religiosidade pode estar associada com níveis mais baixos de depressão a índices mais elevados de esperança e bem-estar²⁹, o que também pode explicar a relação positiva com a qualidade de vida em geral.

Pesquisas têm mostrado também a importância da incorporação da espiritualidade nos cuidados médicos.¹¹ Estudos relataram que os pacientes sentiam mais empatia e confiança no médico quando este abordava sobre sua religião e espiritualidade, proporcionando uma melhor relação médico-paciente com uma visão mais humanizada.¹³

Estratégias têm sido elaboradas para abordar o paciente a respeito de sua espiritualidade, por isso, é durante a anamnese médica que se pode questionar sobre sua atividade física, os hábitos de vida e vícios procedendo de forma natural à abordagem de sua espiritualidade.

Quando o paciente não possuir religião ou não quiser falar a respeito de espiritualidade, o médico pode abordar como o paciente convive com a doença; o que promove um significado e propósito à sua vida e quais crenças culturais pode ter impacto no seu tratamento.³⁰

Em contrapartida as orientações religiosas podem fazer o indivíduo abandonar o tratamento médico tradicional, podendo piorar seu quadro clínico, embora a maioria das religiões não exija a interrupção do tratamento médico.¹³

É necessário entender que antes de o paciente em fase final de vida se ajustar às suas necessidades espirituais, ele precisa ter seus desconfortos físicos bem aliviados e controlados. Uma pessoa com dor

muito forte não terá condições de analisar o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado perturba a sensação de plenitude que os pacientes terminais tanto anseiam.³¹

Durante a aplicação dos questionários nesse trabalho, os pacientes ficaram a vontade para relatar sobre a sua espiritualidade, porém o avaliador sempre conduziu as perguntas dentro dos seus limites, sendo unânimes, sem que houvesse indução das suas próprias crenças. Perguntas a respeito de religião também não foram abordadas.

A maioria das pessoas tem opiniões sobre o tema. É fácil deslizar, por um lado, para um ceticismo intolerante e uma negação dogmática ou, por outro, para uma aceitação inocente das afirmações pouco fundamentadas a respeito da espiritualidade.³²

No contexto brasileiro, alguns trabalhos discutem o impacto espiritual inserido na saúde. Entre eles está o de Paula *et al.*³³ onde foi realizado um estudo qualitativo avaliando quatro famílias de crianças em diálise peritoneal e a descrição de manifestações de espiritualidade e religiosidade. Os autores definiram que a religião fornece de certa forma, conforto aos familiares da criança, sendo também uma forma de apoio para o enfrentamento da doença.

Conclusão

Para a melhora na qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas é importante integrar aspectos da espiritualidade, pois esta se mostra relacionada com pontos importantes na melhora da qualidade de vida e visão da doença, devendo ser considerada pelos profissionais que assistem esse tipo de paciente.

Referências Bibliográficas

1. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. Capítulos 26 a 31; p. 191-258.
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Perfil da doença renal crônica. O desafio brasileiro. J Bras Nefrol. 2007; 1-24.
3. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise 2013. [Acesso em 20 de novembro de 2014]. Disponível em: http://sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf
4. Alebiosu CO, Ayodele OE. The global burden of chronic kidney disease and the way forward. Ethn Dis. 2005; 15: 418-23.
5. Freire APC, Rios CS, Moura RS, Burneiko RCVM, Padulla SAT, Lopes FS. Aplicação de exercício isotônico durante a hemodiálise melhora a eficiência dialítica. Fisioter Mov. 2013; 26:167-74.
6. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13: 670-6.

7. Nascimento CD, Marques IR. Intervenções de enfermagem nas complicações mais freqüentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58: 719-22.
8. Cheema B, Abas H, Smith B, O'Sullivan A, Chan M, Patwardhan A, Kelly J, Gillin A, Pang G, Lloyd B, Singh MF. Progressive Exercise for Anabolism in Kidney Disease (PEAK): A Randomized, Controlled Trial of Resistance Training during Hemodialysis. *J Am Soc Nephrol.* 2007; 18: 1594-601.
9. Chaves ECL, Carvalho EC, Terra FS, Souza L. Validação clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica. *Rev Latinoam Enferm.* 2010; 18:11-9.
10. Gullo ABM, Lima AFC, Silva MJP. Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. *Rev Esc Enferm USP.* 2000; 34: 209-12.
11. Lucchetti G, Almeida, LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol.* 2010; 32:128-32.
12. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007; 34: 82-7.
13. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med* 2010; 8:154-8.
14. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007; 34:105-15.
15. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16: 2919-25.
16. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq Med* 2007; 21: 47-53.
17. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto & contexto enferm.* 2010; 19: 283-90.
18. Ruau D, Liu LY, Clark D, Angst MS, Butte AJ. Sex differences in reported pain across 11.000 patients captured in electronic medical records. *J Pain* 2012; 13: 228-34.
19. Storer TW, Casaburi R, Sawelson S, Kopple JD. Endurance exercise training during haemodialysis improves strength, power, fatigability and physical performance in maintenance haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2005; 20: 1429-37.
20. Lima FF, Miranda RCV, Silva RCR, Monteiro HL, Yen LS, Fahur BS, Padulla SAT. Avaliação funcional pré e pós-programa de exercício físico de pacientes em hemodiálise. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013; 46: 24-35.
21. Böhlm J, Monteiro MB, Thomé FS. Efeitos do exercício aeróbio durante a hemodiálise em pacientes com doença renal crônica: uma revisão da literatura. *J Bras Nefrol.* 2012; 34: 189-94.
22. Crossley JP, Salter DP. A question of finding harmony: a grounded theory study of clinical psychologists experience of addressing spiritual beliefs in therapy. *Psychol Psychother* 2005; 78: 295-313.
23. Sephton SE, Koopman C, Schaal M, Thoresen C, Spiegel D. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *Breast J.* 2001; 7: 345-53.
24. King DE, Mainous III AG, Pearson WS. C-Reactive protein, diabetes, and attendance at religious services. *Diabetes Care.* 2002; 25: 1172-76.
25. Cramer H, Lauche R, Paul A, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer - a systematic review and meta-analysis. *Curr Oncol* 2012; 19: 343-52.
26. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 2002; 40:1013-22.
27. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica.* 2001; 8:107-12.
28. Coruh B, Ayele H, Pugh M, Mulligan T. Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature. *Explore.* 2005; 1: 186-91.
29. Rocha NS, Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Rev Psiquiatr Clin.* 2011; 38: 19-23.
30. Mendes JA, Lustosa MA, Andrade MCM. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev SBPH.* 2009; 12:151-73.
31. Byock I. Where do we go from here? A palliative care perspective. *Crit Care Med.* 2006; 34:416-20.
32. Moreira-Almeida A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007; 34:3-4.
33. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62:100-6.

ANEXO 1

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 2

Escala de Avaliação da Espiritualidade (adaptado de PINTO e PAIS-RIBEIRO, 2007)

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afetam a sua qualidade de vida. Por favor, em cada uma das 10 perguntas, **marque** com uma **X** aquela opção que melhor expressar a sua opção. Não existe resposta certa ou errada.

Pergunta	Escala de respostas			
	1= Não concordo	2= Concordo um pouco	3= Concordo bastante	4= Plenamente de acordo
1- As minhas crenças espirituais/ religiosas dão sentido à minha vida	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2- A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
3- Vejo o futuro com esperança	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
4- Sinto que a minha vida mudou para melhor	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
5- Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

ANEXO 3

Escala Coping Religioso-Espiritual (adaptado de PANZINI; BANDERA, 2005)

Pergunta	Escala de respostas			
	1= Não concordo	2= Concordo um pouco	3= Concordo bastante	4= Plenamente de acordo
1- Pratiquei atos de caridade moral e/ou material	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2 - Procurei em Deus força, apoio e orientação	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
3- Questionei o amor de Deus por mim	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
4- Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
5 - Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()