

Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise

Quality of life, spirituality, religiosity, and hope in chronic renal disease patients in hemodialysis

Melyna Bitar Cavalcanti Leimig¹, Raiza Tavares Lira¹, Felipe Borges Peres¹, Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira¹, Ana Rodrigues Falbo¹

Recebido do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **MÉTODOS:** Estudo de corte transversal realizado com pessoas acompanhadas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, em Recife (PE), entre agosto de 2016 a julho de 2017. Os dados referentes à qualidade de vida foram coletados por meio do instrumento *World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religion and Personal beliefs* (WHOQOL-SRPB-bref), constituído por questões do tipo Likert, compondo cinco domínios, a saber: 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 139 pacientes. Um bom indicador de qualidade de vida ocorreu nos domínios Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (81,0%), Relações Sociais (75,8%), Psicológico (67,5%) e Meio Ambiente (64,4%). Já o domínio Físico apresentou o indicador mais baixo (58,3%) quando comparado aos demais. 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 na amostra em tela. **CONCLUSÃO:** 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 enfrentamento positivo para as dificuldades da vida diária.

Descritores: Insuficiência renal crônica; Diálise renal; Espiritualidade; Religião e psicologia; Esperança; Qualidade de vida

ABSTRACT

OBJECTIVES: To analyze quality of life, spirituality, religiosity, and hope in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis at Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), located in the city of Recife, state of Pernambuco, Brazil. **METHODS:** A cross-sectional study was performed between August 2016 and July 2017. Quality of life data were collected through the WHOQOL-SRPB-bref, consisting of Likert-type questions, with five domains: Physical, Psychological, Social Relations, Environment, and Spirituality/religiosity/personal beliefs. Life expectancy data were collected using Herth's Scale of Hope. **RESULTS:** The study involved 139 patients. A good indicator of good quality of life was observed in the spirituality/religiosity/personal beliefs (81,0%), social relations (75,8%), Psychological (67,5%), and Environment (64,4%) domains. The physical domain had the lowest indicator (58,3%) when compared to the others. Regarding 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 the group studied. In the context of chronic kidney disease, these aspects appear as positive coping measures of the difficulties of daily living.

Keywords: Renal insufficiency, chronic; Renal dialysis; Spirituality; Hope; Quality of life

1. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

Data de submissão: 17/09/2017 – Data de aceite: 25/09/2017

Conflito de interesses: não há.

Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira

Rua dos Coelhoos, 300 – São José

CEP: 51111-080 – Recife, PE, Brasil

Tel.: (81) 99297-5840 – E-mail: gorayeb.alberto@gmail.com

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob o registro número 1.814.286.

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a doença renal crônica (DRC) tornou-se um problema de saúde pública, devido ao aumento de sua prevalência entre a população mundial e por seu grande impacto na morbimortalidade dos indivíduos acometidos.⁽¹⁾ Apesar dos avanços observados no tratamento da doença, estes não são suficientes para a manutenção da qualidade de vida.⁽²⁾ Dessa forma, a espiritualidade e a religiosidade podem contribuir para um melhor enfrentamento da doença, do seu tratamento e de suas consequências, podendo refletir, por conseguinte, na qualidade e na esperança de vida.⁽²⁾

Estima-se que 10,0% da população mundial seja acometida pela DRC.⁽³⁾ 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 preocupante.⁽³⁾ Mais comum em pessoas do sexo masculino e na faixa etária correspondente a 19 a 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 renal.⁽³⁾

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 mundo.⁽⁴⁾ Geralmente, o paciente com DRC necessita de uma média de três sessões de hemodiálise semanais, com duração de 4 horas cada uma.⁽⁵⁾ 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 mil pacientes.⁽³⁾

Embora os tratamentos da DRC disponíveis substituam parcialmente a função renal e aliviem os sintomas, preservando a vida dos doentes, nenhum deles é curativo.⁽²⁾ 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 trabalho.⁽⁶⁾ Tal fato pode ser evidenciado pelas mudanças cotidianas do indivíduo, 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 hemodiálise.⁽⁷⁾ Ademais, há o acometimento dos aspectos biopsicossociais, com maior propensão ao desenvolvimento de sintomas depressivos e de ansiedade.⁽⁸⁾

Nesse contexto, ferramentas de enfrentamento e fortalecimento surgem como importantes potenciais terapêuticos para as pessoas acometidas. Dentre elas, destacam-se os papéis da espiritualidade e da religiosidade como aspectos que devem ser valorizados, por propiciarem o fortalecimento para a vivência diária das dificuldades.⁽²⁾ Assim, torna-se importante a abordagem do aspecto espiritual da pessoa por parte da equipe multiprofissional de saúde.⁽²⁾ No Brasil, 92,6% da população possui uma religião, a qual pode ser uma forma de acesso ao desenvolvimento da espiritualidade, o que torna essa discussão ainda mais pertinente.⁽⁹⁾

Nesse contexto, a espiritualidade pode ser entendida como a busca individual de significados e propósitos de vida pela transcendência de si, vivência esta que pode desenvolver-se por meio da religiosidade e/ou crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo, humanismo e artes, por exemplo.⁽¹⁰⁾ A religiosidade, por sua vez, implica na relação do ser humano com um ser transcendente,⁽¹¹⁾ ou seja, o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião.⁽²⁾ Além disso, os termos espiritualidade e religiosidade 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 hemodiálise.⁽¹⁰⁾

A esperança é o estado que se relaciona com a perspectiva por um futuro melhor.⁽¹²⁾ Ela pode ser considerada uma estra-

tégia efetiva para o enfrentamento da 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 a aceitação da doença, que repercutirá na manutenção de sua qualidade de vida.⁽¹²⁾ A qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e segundo o sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.⁽¹³⁾

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.^(2,7) Atualmente são demonstradas associações entre maiores níveis de espiritualidade e religiosidade e menor incidência de doenças mentais (maior bem-estar geral,⁽¹⁴⁾ menor prevalência de depressão,⁽¹⁵⁾ melhor qualidade de vida,⁽¹⁶⁾ maior *coping* - modo de lidar com a doença,⁽¹⁷⁾ menor tempo de internação,⁽¹⁸⁾ e até melhor função imunológica⁽¹⁹⁾).

Estudo envolvendo 127 pessoas com DRC em São Paulo, em 2014, observou correlação positiva entre esperança e espiritualidade. Tais 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 deles no momento da assistência, já que estes aspectos podem refletir no enfrentamento da doença e em seu tratamento.⁽¹²⁾

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 podem 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 integral.⁽²⁰⁾

O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida, a espiritualidade, a religiosidade e a esperança das pessoas com DRC em terapia hemodialítica.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal no Setor de Nefrologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), envolvendo pacientes com idade acima de 18 anos com diagnóstico clínico de DRC e em terapia renal substitutiva por meio de hemodiálise. Foram excluídos aqueles com condições clínicas que dificultaram responder as perguntas.

Os dados foram coletados no período compreendido entre os meses de janeiro a abril de 2017. O contato com os participantes do estudo se deu 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 Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado *World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religion and Personal beliefs* (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 à religião e crenças pessoais) e 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 OMS.⁽²¹⁾ Tal instrumento consta de 34 facetas, sendo duas questões gerais de qualidade de vida, que não foram utilizadas no presente estudo, e as demais 32, que foram utilizadas e compõem os cinco domínios: Físico; Psicológico; Relações Sociais; Meio Ambiente; e 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 ERCP.

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 seus valores espelhados.

Os resultados da aplicação do WHOQOL-SRPB-bref foram expressos por meio 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 zero a 100%, considerando os cinco níveis de respostas para cada faceta, sendo 100% o valor 5.⁽²⁴⁾ Os indicadores de qualidade de vida de cada domínio foram distribuídos em faixas: primeira faixa, de zero a 20,0%; segunda faixa, de 20,001% a 40,0%; terceira faixa, de 40,001% a 60,0%; quarta faixa, 60,001% a 80,0%; quinta faixa, de 80,001% a 100%. Para a análise da qualidade de vida, foram considerados os seguintes pontos de corte: primeira, segunda e terceira faixas (menor ou igual a 60,0%) indicaram baixa qualidade de vida, e as quarta e quinta faixas (maior que 60,0%) indicaram boa qualidade de vida.

Os dados referentes à esperança de vida foram coletados por meio do instrumento Escala de Esperança de Herth, validado no Brasil.⁽²²⁾ Esta é uma escala de autorrelato de origem americana, que quantifica a esperança de vida. Possui 12 afirmativas do tipo Likert com quatro níveis de respostas: discordo completamente,

discordo, concordo e concordo completamente. Os itens 3 e 6 eram reversos e, para análise, foram considerados 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, tendo sido verificada a distribuição de frequência (porcentual) 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 a participar da pesquisa. No total, participaram do estudo 139 pacientes (84,2%).

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 autodeclarou parda (59,0%), seguida por brancos (25,2%) e negros (14,4%). Quanto ao estado civil, 52,7% dos pacientes eram casados. Em 82,8% dos casos, a renda familiar 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%), e 4,3% ainda estavam em atividade. Apenas 10,8% concluíram o Ensino Fundamental.

A maioria dos pacientes (89,9%) era procedente da Região Metropolitana do Recife (RMR) 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 DRC variou de 2 meses a 31 anos, com mediana de 6 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 ERCP (81,0%) e de Relações Sociais (75,8%), enquanto o domínio Físico apresentou o percentual mais baixo (58,3%) (Tabela 1).

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

Para o domínio Físico, o indicador de qualidade de vida obtido foi de 58,3%, correspondendo à terceira faixa e sendo classificado como baixa qualidade de vida. Ao analisar as facetas do domínio Físico, encontraram-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).

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

Quanto ao domínio Psicológico, todas as facetas apresentaram indicadores de boa qualidade de vida, correspondendo à quarta faixa, com resultados entre 60,001% a 80,0%.

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

O domínio Meio Ambiente também se configurou com boa qualidade de vida (quarta faixa de escore), com indicador de 64,4%. Em relação às facetas deste domínio, os menores valores estavam relacionados com satisfação financeira para atender as necessidades (58,2%) e participação em oportunidades de recreação/lazer (58,8%), o que correspondeu a uma baixa qualidade de 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%).

Em relação à ERCP, o indicador de qualidade de vida foi o de maior valor (81,0%) dentre os cinco domínios, incluindo todas suas facetas, com uma boa qualidade de vida, correspondendo às quarta e quinta faixas com percentuais maiores que 60,001%.

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 que 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, como hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*, que são os principais fatores de risco para DRC, como aponta o Censo de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2014.⁽³⁾ 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 uma maioria de pacientes do sexo masculino (51,8%), de etnia parda (59,0%) e com mediana de 50 anos de idade. Outros estudos em pessoas com DRC em hemodiálise esboçaram dados semelhantes.^(23,24) 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.^(12,24) Uma das explicações seria o fato dessas pesquisas terem incluído pacientes, sobretudo das Regiões Sudeste e Sul do Brasil, em que a maioria da população se autodeclara branca.^(12,25)

Apesar de se terem 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 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 elevada.⁽²⁶⁾

Embora a DRC e seu tratamento dialítico não constituam impedimento direto e absoluto ao trabalho, eles 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 de sua causalidade.

Tabela 1. Qualidade de vida (QV) por domínio, segundo a *World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religion and Personal beliefs* (WHOQOL-SRPB-bref), considerando os indicadores em percentual, suas faixas e classificações

Domínios	Indicador de QV (%)	Faixas dos percentuais da QV	Classificação da QV
Físico	58,3	3ª faixa	Baixa QV
Psicológico	67,5	4ª faixa	Boa QV
Relações Sociais	75,8	4ª faixa	Boa QV
Meio Ambiente	64,4	4ª faixa	Boa QV
Espiritualidade/ Religiosidade/ Crenças Pessoais	81,0	5ª faixa	Boa QV

Tabela 2. Indicador de qualidade de vida (QV), suas faixas e classificações por faceta de cada domínio da *World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religion and Personal beliefs* (WHOQOL-SRPB-bref)

Facetas por domínio	Indicador de QV (%)	Faixas dos percentuais da QV	Classificação da QV
Domínio IV - Físico			
Ausência de dor e desconforto	71,6	4ª faixa	Boa QV
Energia e fadiga	61,2	4ª faixa	Boa QV
Sono e repouso	70,2	4ª faixa	Boa QV
Mobilidade física	72,8	4ª faixa	Boa QV
Atividade da vida cotidiana	66,6	4ª faixa	Boa QV
Independência de medicação/tratamento	20,5	2ª faixa	Baixa QV
Capacidade de trabalho	49,0	3ª faixa	Baixa QV
Domínio II - Psicológico			
Sentimentos positivos	64,4	4ª faixa	Boa QV
Pensar, aprender, memória e concentração	73,8	4ª faixa	Boa QV
Autoestima	62,0	4ª faixa	Boa QV
Imagem corporal e aparência	63,4	4ª faixa	Boa QV
Ausência de sentimentos negativos	74,2	4ª faixa	Boa QV
Domínio III - Relações Sociais			
Relações pessoais	81,0	5ª faixa	Boa QV
Suporte (apoio) social	82,2	5ª faixa	Boa QV
Atividade sexual	64,0	4ª faixa	Boa QV
Domínio IV - Meio Ambiente			
Segurança física e proteção	63,0	4ª faixa	Boa QV
Condições do local de moradia	68,2	4ª faixa	Boa QV
Satisfação financeira	58,2	3ª faixa	Baixa QV
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	63,6	4ª faixa	Boa QV
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	72,8	4ª faixa	Boa QV
Domínio IV - Meio Ambiente			
Participação em oportunidades de recreação/lazer	58,8	3ª faixa	Baixa QV
Ambiente físico: poluição/ ruído/ Trânsito/ clima	67,0	4ª faixa	Boa QV
Transporte	64,6	4ª faixa	Boa QV
Espiritualidade e religiosidade e crenças pessoais	77,2	4ª faixa	Boa QV
Conexão com ser ou força espiritual	85,4	5ª faixa	Boa QV
Sentido na vida	80,4	5ª faixa	Boa QV
Admiração	84,0	5ª faixa	Boa QV
Totalidade e integração	72,8	4ª faixa	Boa QV
Força espiritual	84,8	5ª faixa	Boa QV
Paz interior	78,8	4ª faixa	Boa QV
Esperança e otimismo	80,0	4ª faixa	Boa QV
Fé	85,6	5ª faixa	Boa QV

Com relação ao grau de escolaridade, cabe destacar que apenas 10,8% dos pacientes concluíram o Ensino Fundamental, corroborando os achados de pesquisa realizada em São Paulo com pacientes em hemodiálise, na qual 66,0% dos entrevistados eram analfabetos funcionais.⁽¹²⁾ Esses dados podem também justificar o baixo nível socioeconômico predominante encontrado neste estudo.

Quanto às informações coletadas por meio do instrumento WHOQOL-SRPB-bref, os dados referentes ao domínio Físico apontaram baixa qualidade de vida (58,3%). As facetas indepen-

dência de medicações/tratamentos e capacidade para o trabalho revelaram os indicadores mais baixos (20,5% e 49,0%, respectivamente). Tais 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 apon-

tando para boa qualidade de vida (71,6% e 72,8%, respectivamente). A DRC não é, em si, causa de dor e nem este sintoma é esperado como efeito colateral da hemodiálise.⁽²⁷⁾ O desconforto causado pela doença e pelo tratamento pode ser minimizado pela efetividade da intervenção multidisciplinar, como a 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, observou-se que a maioria dos pacientes era casada (52,7%). Tais 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 pacientes.⁽²⁸⁾

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 tratamento hemodialítico, com duração de muitas horas semanais, que podem afetar as atividades diárias, recreativas e ocupacionais do paciente. Este último fator contribuiu 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 respondeu 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 de os 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 ERCP obteve o maior indicador de qualidade de vida dentre os cinco domínios (81,0%). Isso pode ser explicado pelo fato de a maioria dos pacientes possuir alguma religião (40,3% eram evangélicos; o mesmo percentual era católico, além do fato de 51,1% terem declarado ser moderadamente religiosos). Isso se torna importante, pois a espiritualidade e a religiosidade propiciam o fortalecimento para a luta diária com as dificuldades, além do melhor enfrentamento da DRC e de seu tratamento hemodialítico.⁽⁷⁾

O manejo adequado do desconforto e a intervenção também efetiva pela equipe multidisciplinar do serviço, aliada à forte 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 seus propósitos de vida.

A Escala de Esperança de Herth apresentou variação de pontuação de 21 a 45, sendo 35 a maior pontuação encontrada. 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 de um futuro melhor, impulsionando o paciente a agir para alcançar um objetivo e lidar melhor com situações de crise, sendo uma estratégia efetiva para o enfrentamento da nova condição imposta pela DRC.⁽¹²⁾

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.

Devem ser realizadas mais pesquisas utilizando os aspectos da espiritualidade, religiosidade e esperança de vida como forma não só de demonstrar sua importância para o enfrentamento de doenças crônicas e para melhor qualidade de vida, como também para 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, mostraram-se satisfatórios, em moderada magnitude, nos domínios da Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais, Relações Sociais, Psicológico e Meio Ambiente. 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 doença renal crônica, 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 seu papel como estratégia efetiva de enfrentamento da condição imposta pela doença renal crônica, pois é o estado que se relaciona com a perspectiva de um futuro melhor. Os profissionais de saúde devem abordar estes assuntos no momento da assistência à pessoa com doença renal crônica em hemodiálise.

REFERÊNCIAS

1. Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):931-43.
2. Lucchetti G, Almeida LG de, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol*. 2010; 32(1):128-32.
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. Peritoneal dialysis. In: Brenner BM (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 AP, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1996;4(3):5-18.
7. Ajzen H, Schor N (eds.). *Guia de nefrologia*. São Paulo: Manole; 2002.
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(4): 557-66.
9. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010; 37(1):12-5.
10. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq Med*. 2007;21(2):47-53
11. Oliveira MR de, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/ religiosidade: a visão de psicólogos. *Estud Psicol*. 2012;17(3):469-76.
12. Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, Mendiondo MS, Pavarini SC, Orlandi FS. Esperança e espiritualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo correlacional. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(2):248-54.
13. Fleck MP. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):33-8.
14. 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(3):P123-9.
15. 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. Erratum in: *Psychol Bull*. 2004;130(1):65.
16. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(supl 1):105-15.
17. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronic illness: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):116-7.
18. Koenig HG, Larson DB, Hays JC. Religion and survival of 1,010 male veterans hospitalized with medical illness. *J Relig Health*. 1998;37(1):15-29.
19. 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(3):233-50.
20. Silva LF, Guedes MV, Moreira RP, Souza AC. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enferm*. 2002;15(1):40-7.
21. 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):53-65.
22. Sartore AC, Grossi SA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):227-32.
23. Martins MR, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(5):670-6.
24. Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RA. Adultos e idosos em hemodiálise : avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(n. espec):152-9.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características étnico- raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
26. Ribeiro RC, Oliveira GA de, Ribeiro DF, Bertolin DC, Cesarino CB, Lima LC, et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(n. esp.): 207-11
27. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Medicina Interna de Harrison*. 18ª ed. Porto Alegre: Amgh; 2013
28. Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RA. Adultos e idosos em hemodiálise : avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(n. espec):152-9.