

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Ariane Moysés Bravin

**Influência da espiritualidade sobre a função renal
em pacientes transplantados renais**

Tese apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Julio de
Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do
título de Doutora Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Popim
Coorientador: Prof. Dr. Luis Gustavo Modelli de Andrade

Botucatu

2018

Ariane Moysés Bravin

**Influência da espiritualidade sobre a função renal
em pacientes transplantados renais**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção
do título de Doutora Enfermagem.

Orientadora: Profa.Dra. Regina Célia Popim
Coorientador: Prof.Dr. Luis Gustavo Modelli de Andrade

**Botucatu
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Bravin, Ariane Moysés.

Espiritualidade e impacto na função renal e aderência a
medicação em transplantados renais / Ariane Moysés Bravin.
- Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Regina Célia Popim

Coorientador: Luis Gustavo Modelli de Andrade

Capes: 40400000

1. Espiritualidade. 2. Religião. 3. Transplante de
rins. 4. Adesão à medicação. 5. Enfermagem.

Palavras-chave: Adesão a medicação; Enfermagem;
Espiritualidade; Religião; Transplante de rim.

Agradecimentos

A Deus e a Nossa Senhora por me darem força diante das dificuldades, me guiando sempre pelo melhor caminho.

Aos meus pais, Nilton (in memorian) e Lurdinha, que muitas vezes se doaram e renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus. Sempre me ensinaram a agir com respeito, simplicidade, dignidade, honestidade e amor ao próximo. À vocês meu imenso amor.

A minha princesa Maria Júlia, por representar constante incentivo no alcance dos meus objetivos.

Ao meu esposo e companheiro Kleber, meu eterno agradecimento e amor, por sempre acreditar e nunca deixar o desânimo, a angústia, os momentos limites do cansaço, de ausências, superarem a busca deste momento.

À minha irmã Daniele, meus cunhados Dean, Alessandro e Gerusa e minhas lindas sobrinhas Isadora, Lívia e Maria Sofia, pelo amor, amizade e carinho de sempre.

Ao meu grande amigo Armando, por toda paciência, presteza e sabedoria compartilhada em todos os momentos em que sua ajuda foi requisitada.

A todos os pacientes não só por tornarem possível a realização desse trabalho, mas pelo aprendizado e amizade.

A todos os funcionários do Ambulatório de Transplantes pelo companheirismo e aprendizado diário.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Prof^a Dr^a Regina Célia Popim, minha orientadora, pelo apoio, atenção e principalmente pela oportunidade da realização deste trabalho.

Ao Prof^o Dr^o Luis Gustavo Modelli de Andrade, pela ajuda fundamental no desenvolvimento deste trabalho, pelo incentivo, orientação, compreensão e, acima de tudo, por sua amizade.

Bravin AM. Espiritualidade e impacto na função renal e aderência a medicação em transplantados renais. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

RESUMO

Introdução: Diversas pesquisas têm sido realizadas envolvendo os conceitos de religião e espiritualidade na prática clínica. No transplante renal, poucos estudos abordaram esta questão. **Objetivo:** Avaliar a influência da espiritualidade na função renal, em pacientes transplantados renais ao longo de 12 meses como variável independente. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, de centro único, que avaliou uma amostra de conveniência de 81 transplantados renais entre 30 dias e 60 meses de pós-transplante, seguidos por 12 meses. Os pacientes foram divididos em dois grupos com base na mediana da espiritualidade: grupo espiritualizado (n=52) e menos espiritualizado (n=29). A espiritualidade foi avaliada pelo questionário de DUREL. **Resultados:** As características clínicas, de imunossupressão, o apoio social, a adesão ao tratamento medicamentoso, a qualidade de vida e a depressão não apresentaram diferenças entre os grupos. A função renal ao longo de um ano foi significativamente maior no grupo espiritualizado a partir do nono mês. Ao fim de 12 meses, a percentagem de pacientes com *clearance* de creatinina superior a 60ml/min foi de 61,5% no grupo espiritualizado e 34,5% no grupo menos espiritualizado (p=0,02). A análise multivariada mostrou que o grupo menos espiritualizado apresentou um risco de 4,7 vezes [1,4 – 16,8] maior para pior função renal (p=0,013). **Conclusão:** Os pacientes mais espiritualizados apresentaram melhor função renal e este efeito foi independente. Sugere-se que a espiritualidade seja um parâmetro mais

sensível para identificar pacientes em risco de pior evolução no pós-transplante renal.

Descritores: Espiritualidade. Religião. Transplante de rim. Adesão à medicação. Enfermagem.

Bravin AM. Spirituality and Impact on renal function and adherence to medication in renal transplant patients. 2018. (Doctoral Program in Nursing) – Medicine School of Botucatu, Universidade Estadual Paulista - Júlio de Mesquita Filho, Botucatu

ABSTRACT

Introduction: Several researches have been designed for concepts of religion and spirituality in clinical practice. There was no renal

transplantation.**Objective:** To assess the influence of spirituality on renal function in renal transplant patients over 12 months as an independent variable.

Method: This is a single-center cross-sectional study that evaluated a convenience sample of 81 kidney transplant recipients between 30 days and 60 months post-transplantation followed by 12 months. Patients were divided into two groups based on the median of spirituality in a spiritualized group (n=52)

and less spiritualized (n=29). Spirituality was assessed by the DUREL questionnaire. **Results:** The clinical characteristics, immunosuppression and

the questionnaires of social support, adherence, quality of life and depression did not present the groups. Renal function over one year was significantly

greater in the spiritualized group from the ninth month. After 12 months, the percentage of patients with creatinine clearance greater than 60 ml/min was

61.5% in the spiritualized group and 34.5% in the less spiritualized group (p=0.02). The multivariate analysis showed that the less spiritualized group

presented a risk of 4.7 times [1,4-16,8] higher for worse renal function (p=0.013). **Conclusion:** The more spiritual patients presented better renal

function and this effect was independent. We suggest that the spirituality questionnaire be a more sensitive parameter to identify patients at risk for evolution, not post-renal transplantation.

Descriptors: Spirituality. Religion. Kidney transplantation. Adhesion to medication. Nursing.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Introdução	14
Referências Bibliograficas.....	24
Capítulo I (artigo publicado)	30
Capítulo II (artigo submetido)	51
Síntese	87
Anexos	90

I - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

III - Índice de Religiosidade da Universidade Duke –
Escala de DUREL

IV - Escala de Depressão de Beck

VI Questionário de apoio social (MOS)

VII - Avaliação Qualidade de Vida (WHOQOL) –BREF

VIII - Escala Basel de Aderência a Medicamentos
Imunossupressores (BAASIS)

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é considerada uma síndrome complexa, que conduz a perda progressiva e irreversível da função dos rins, sendo a evolução final de diversas nefropatias. Caracteriza-se pela presença de sinais e sintomas urêmicos e/ou presença de lesão parenquimatosa mantidas por pelo menos três meses^(1,2).

É considerado um problema de saúde pública mundial, pois acomete uma parcela significativa da população e ocasiona alta morbimortalidade, acarretando custos elevados ao sistema de saúde, além de impactar negativamente na qualidade de vida⁽³⁾.

Dentre as doenças mais comuns que levam à DRC destacam-se a hipertensão arterial, a diabetes e as glomerulonefrites. Existem terapias renais substitutivas, o transplante renal é mais uma terapia dentre elas: hemodiálise e diálise peritoneal.

Com os avanços alcançados na área da nefrologia nos últimos anos, constata-se que o transplante renal é a melhor escolha para o tratamento da DRC terminal, por proporcionar melhorar qualidade de vida e reduzir a mortalidade, além de melhor custo-benefício em comparação a diálise⁽⁶⁻⁷⁾.

Para os pacientes que não possuem contraindicação para o transplante e que não conseguiram um doador entre seus familiares, a lista de espera é a única opção. A fila é única e a alocação dos órgãos é regulamentada pela legislação específica e controlada pelo Sistema Nacional de Transplantes. A distribuição do órgão é feita com base no exame de compatibilidade *Human Leucocyte Antigen* (HLA)⁽⁸⁾.

Anualmente identifica-se elevado número de pessoas que aguardam na lista a espera por um órgão. Os Estados Unidos da América (EUA) são atualmente os líderes mundiais em números absolutos de transplantes renais, apresentando 17.878 transplantes realizados em 2015. No Brasil no ano de 2016 tínhamos 21.264 pacientes com DRC, ativos em lista de espera de transplante renal. Foram realizados 5492 transplantes efetivos de rim. Destes, apenas 26% dos pacientes em lista foram transplantados⁽⁹⁾.

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes, em Dezembro de 2016 existiam 23.619 pacientes ativos na lista de espera para transplante de órgãos sólidos. Desses, 21.264 (90%) aguardavam por um transplante renal⁽⁹⁾.

Mesmo com a elevada quantidade de transplantes no Brasil, quando se reajusta o número de transplante pela população (por milhão de população – pmp) melhores taxas de desempenho nos países como Noruega e Croácia. Nacionalmente, percebe-se a heterogeneidade em relação aos transplantes efetuados, onde a maioria é realizada na região sudeste, representando mais de 50%. Porém a região sul apresenta o maior número de transplantes renais pmp. São Paulo é o estado que mais realiza transplantes renais e conta com 33 equipes atuantes. Apesar de toda diversidade brasileira, atenta-se ao aumento positivo em relação aos transplantes realizados, relacionado ao aumento do número de doadores falecidos. Contudo, embora o número de transplantes renais no Brasil seja crescente, admite-se estar aquém do ideal⁹.

Para o transplante renal, inicialmente é necessário a compatibilidade ABO entre o doador e o receptor, além da tipagem de antígenos leucocitários humanos (HLA)⁽⁹⁾. Em relação à durabilidade e manutenção da qualidade do transplante renal há diversas ações importantes que devem ser

desempenhadas pelos pacientes, como o uso de medicamentos imunossupressores e acompanhamento ambulatorial, influenciando positivamente na melhora da qualidade de vida após o transplante⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo, financiando mais de 90% das cirurgias realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁸⁾. Nesse universo, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu é credenciado com uma equipe desde 1987. Com o passar dos anos, evidenciou-se um aumento progressivo no número de transplantes renais, culminando em dezembro de 2017 em 1320 transplantes renais, uma média de 100 transplantes renais/ano.

Atualmente, o serviço de transplante renal tem a maior lista de espera do interior paulista, com 420 pacientes, e serve de referência para 12 cidades. São acompanhados em ambulatório cerca de 700 pacientes, provenientes de 123 diferentes cidades do interior e de outros estados.

Contudo, independente da modalidade de tratamento da DRC, a terapia renal substitutiva ocasiona mudanças significativas na vida do paciente e de seus familiares, como o uso contínuo de medicamentos, restrições hídricas e dietéticas, alterações nas atividades da vida diária, distúrbios de autoimagem e autoestima, consultas médicas periódicas, monitoramento de infecções, dentre outras⁽⁴⁻⁵⁾.

Nesse contexto, faz-se necessário o desenvolvimento e estabelecimento de estratégias de enfrentamento para os pacientes e seus familiares. Dentre elas, destacam-se às relacionadas à espiritualidade e a religiosidade que despontam como ferramentas de apoio e de fortalecimento⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Em 1988, a dimensão espiritual foi incluída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no conceito multidimensional de saúde, remetendo ao significado e sentido da vida, proporcionando um novo olhar sobre essa dimensão e influenciando o número das pesquisas nesta área⁽¹⁵⁾.

Nesse contexto, diversas pesquisas têm sido realizadas envolvendo os conceitos de religião e espiritualidade na prática clínica, aprofundando definições, instrumentos, estruturas conceituais, comparação histórica entre décadas e barreiras na pesquisa⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Voltado para a questão da espiritualidade e saúde, bem como, sua relevância na prática clínica⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, as pesquisas vem contribuindo para o entendimento da complexidade e das relações entre a religiosidade e/ou da espiritualidade com a saúde do indivíduo, favorecendo a comprovação dessa dimensão para o equilíbrio e bem-estar dos indivíduos, afetando-os de forma integral, incluindo corpo, mente e interação social, gerando um assunto de inquietação para a área científica⁽²⁰⁾.

É importante definir os conceitos básicos de religião que são utilizados nos diversos estudos, uma vez que o termo espiritualidade é abstrato, subjetivo e complexo. Assim, sua definição pode variar entre filosofias e culturas, associando-se a inúmeros significados subjetivos⁽²¹⁾.

A espiritualidade é tão antiga quanto à humanidade. Considerada pela busca pessoal para entender questões relacionadas aos aspectos fundamentais da vida, inclui as questões existenciais, o sentido da vida, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades, possibilitando ao sujeito descobrir outras manifestações sobre o sentido e até

novos caminhos para recuperação⁽²²⁾. Está relacionada à experiência com o que transcende as questões triviais vivenciadas⁽²³⁻²⁴⁾.

Em contrapartida, a religião pode ser definida como uma ordem institucional, onde a religiosidade será expressa e praticada pelo indivíduo inserido na instituição religiosa e em sua comunidade moral⁽²⁵⁾. Ainda, pode ser interpretada como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema). Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão)⁽²²⁾.

Assim sendo, a religião pode apresentar reflexo positivo ou negativo a saúde do indivíduo, favorecendo o bem-estar e a saúde ao proporcionar sua inserção em grupo, promovendo a partilha de seus valores e experiências, como também pode ser prejudicial ao gerar culpa, manipulação e influência sobre a autonomia, ou por meio da obediência a normas institucionais⁽²³⁾.

A religiosidade proporciona a crença na existência de uma dimensão ampla que é responsável pelo controle e consequência dos acontecimentos existentes, podendo auxiliar no enfrentamento dos eventos de maneira mais tranquila e segura⁽²⁶⁾.

Durante o processo de adoecimento, existe a busca de uma possível resolatividade ou amenização do processo da doença de diversas maneiras, incluindo a profissional e a informal ou popular. No estudo de Moreira-Almeida et al⁽²⁷⁾, onde foram avaliadas variáveis sociodemográficas e de envolvimento religioso da população brasileira, concluiu-se, através de uma amostra

representativa, que o envolvimento religioso é independente da renda, nível educacional, ocupação ou estado civil.

A espiritualidade é apontada como importante recurso para o ajustamento e gerenciamento de situações estressantes, que, portanto, exigem dos indivíduos nova postura frente a determinadas situações. Aproximar-se de Deus, da igreja e seus integrantes favorece o apoio emocional aos indivíduos transplantados⁽²⁸⁾.

Na população brasileira, evidencia-se a influência da religiosidade e espiritualidade durante o tratamento de problemas de saúde⁽²⁹⁾.

Dessa maneira é irrevogável a importância da espiritualidade no processo do cuidado holístico. Contudo, observa-se que essa associação encontra-se aquém do necessário.

Com o modelo assistencial biomédico que atualmente é praticado a ocorrência da fragmentação do indivíduo é inevitável. Faz-se necessário um atendimento integral complementado com a utilização da espiritualidade promovendo o desenvolvimento de relação personalizada e humanizada entre paciente e profissional da saúde e respeitando a singularidade de cada indivíduo⁽³⁰⁾.

O enfermeiro deve zelar pelas necessidades relacionadas à dimensão biopsicossocial e espiritual, visando à qualidade dos cuidados prestados. E é possível observar a crescente investigação e divulgação no meio científico desde a década de 90 sobre espiritualidade em saúde e cuidados de enfermagem⁽³¹⁾.

Em 1970, a enfermeira Wanda de Aguiar Horta apresentou a espiritualidade como uma necessidade humana básica essencial para

promover a qualidade de vida, logo se torna essencial nos cuidados de enfermagem⁽³²⁻³⁴⁾.

Assim sendo, a assistência de enfermagem espiritual torna-se uma obrigação ética a ser realizada pelo enfermeiro, e quando o mesmo ignora sua realização durante os cuidados de enfermagem essa assistência torna-se antiética⁽³¹⁾.

Contudo, evidenciam-se algumas barreiras para a prestação dos cuidados espirituais, entre elas a limitada preparação educacional, atitudes negativas e confusão de conceitos. Ressalta-se sobre a necessidade em compreender que a espiritualidade é vital para o estado de bem-estar do ser humano, o que certamente influencia suas estratégias de enfrentamento, resolubilidade de dificuldades e qualidade de vida⁽³⁵⁾.

Profissionais enfermeiros reconhecem o amplo aspecto da espiritualidade, assim como, sua relevância para cada pessoa. A pesquisa apontou que 97,4% dos enfermeiros afirmam que conseguem identificar as necessidades espirituais, entretanto, apenas 31,4% referem ter feito este diagnóstico. Observa-se que os profissionais não se sentem preparados para definir os diagnósticos e isto ocorre devido à falta de formação acerca da espiritualidade como referiu 89,5% dos profissionais, denotando a importância da inclusão da dimensão espiritual nos conteúdos de formação em enfermagem⁽⁴¹⁾.

O bem-estar espiritual de profissionais de enfermagem foi investigado e relatou a importância da assistência espiritual ao paciente e se haviam recebido o preparo para lidar com esta questão durante sua formação profissional. Por meio deste estudo, observou-se que 76% apresentaram

escore positivo para bem-estar espiritual e que a grande maioria reconhece a importância da espiritualidade/religiosidade para os pacientes. Contudo, muitos referiram a necessidade de melhor preparo durante a formação no que diz respeito à assistência espiritual⁽⁴²⁾.

Embora enfermeiros apresentem falta de conhecimento e compreensão na assistência vinculada à espiritualidade, o tratamento espiritual esta interligado diretamente com as atribuições da enfermagem⁽³⁶⁾.

O cuidado de enfermagem de abordagem espiritual incluiu a avaliação do bem-estar espiritual, identificação dos diagnósticos de enfermagem pertinentes, definição das intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados⁽³³⁾.

De acordo com a classificação de enfermagem denominada NANDA-Internacional, a dimensão espiritual é essencial para a profissão. Essa taxonomia contempla seis diagnósticos de enfermagem, sendo: disposição para bem-estar espiritual melhorado, disposição para religiosidade melhorada, religiosidade prejudicada, risco de religiosidade prejudicada, sofrimento espiritual e risco de sofrimento espiritual⁽³⁷⁾.

A validação do diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual em pacientes com câncer foi considerado de extrema relevância e suas características definidoras marcantes foram expressão de sofrimento e falta de significado da vida. Esse achado é importante tanto para a utilização do raciocínio clínico da enfermagem nos cuidados que serão prestados quanto para o paciente neste período⁽³⁸⁾.

De acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (North American Intervention - NIC), as principais intervenções para o diagnóstico de

angústia espiritual são: apoio espiritual e facilitação do crescimento espiritual, sendo subjetivas e abrangentes. Uma maneira de definir as atividades que deveriam ser realizadas encontram-se: rezar com o paciente, facilitar tradições e rituais espirituais e oferecer apoio individual ou grupal de oração⁽³⁹⁾.

A prática da oração por profissionais da saúde, sobretudo pelos profissionais da enfermagem é defendida, não apenas por ser uma técnica de intervenção espiritual legítima, mas também por ser uma das estratégias de coping mais frequentes. Foi observado que uma das razões para a negligência na prestação de cuidados espirituais é o reconhecimento de tal atividade como sendo tarefa específica dos capelães hospitalares⁽⁴⁰⁾.

Dessa forma o cuidado espiritual é uma parte fundamental para a assistência de enfermagem. É oferecer ao paciente uma oportunidade de encontrar sentido em tudo o que vivencia e esperança em meio ao sofrimento, sendo realizado em quatro princípios fundamentais: intuição, relação interpessoal, altruísmo e integração⁽⁴³⁾.

Todavia, é necessário ressaltar que toda a assistência e intervenção espiritual realizada com o paciente esta diretamente relacionada ao modo de ser do profissional da saúde, que apresenta características de ética, empatia e solicitude com o próximo além da necessidade de encontrar sentido em todo aquele sofrimento⁽³²⁾.

É importante mencionar que a visão integral e humanizada ao ser humano caminha ao encontro da Política Nacional de Humanização visa um atendimento com princípios de integralidade, equidade e universalidade, considerando as diferentes dimensões do processo saúde/doença⁽⁴⁴⁾.

Embora estudos que abordaram a espiritualidade em pacientes com DRC estejam disponíveis, ao que nos consta, até o momento não há estudos na literatura que tenham abordado a espiritualidade e a evolução da função renal em pacientes transplantados como variável independente, apontando a relevância desta publicação. A hipótese do estudo é que a espiritualidade esteja associada à melhora na função renal nestes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Schor N. Guia de nefrologia. São Paulo: Manole; 2002.
 2. Bastos MG, Kirsztajn GM. DRC: diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar em pacientes não submetidos à diálise. J Bras Nefrol. 2011;33(1):93-108.
 3. Bayoumi M, Harbi A, Suwaida A, Ghonaim M, Wakeel J, Mishkiry A. Predictors of quality of life in hemodialysis patients. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2013;24(2):254-9.
 4. Neipp M, Jackobs S, Klempnauer J. Renal transplantation today. Langenbecks Arch Surg. 2009;394(1):1-16.
 5. Von der Lippe N, Waldum B, Brekke FB, Amro AAG, Reiaeter AV, Os I. From dialysis to transplantation: a 5-year longitudinal study on selfreported quality of life. BMC Nephrol. 2014;15:191.
 6. Pestana OM, Freitas TVS, Silva Junior HT. Transplante Renal: manual prático: uso diário ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Livraria Balieiro; 2014.
 7. Blotière PO, Tuppin P, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. The cost of dialysis and kidney transplantation in France in 2007, impact of an increase of peritoneal dialysis and transplantation. Nephrol Ther. 2010;6(4):240-7.
 8. Batista CMA, Moreira RSL, Pessoa JLE, Ferraz AS, Roza BA. Perfil epidemiológico dos pacientes em lista de espera para o transplante renal. Acta Paul Enferm. 2017;30(3):280-6.
 9. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado. RBT Reg Bras Transpl. 2017;22(4):1-17.
 10. Farias GM, Mendonça AE. Comparing quality of life of patients in
-

- hemodialysis and post-renal transplant using the “WHOQOL-bref”. *Rev Min Enferm.* 2009;13(4):574-83.
11. Tonelli M, Wiebe N, Knoll G, Bello A, Browne S, Jadhav D, et al. Systematic review: kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. *Am J Transplant.* 2011;11(10):2093–109.
 12. Khanna S, Greyson B. Near-death experiences and spiritual well-being. *J Relig Health.* 2014;53(6):1605-15.
 13. Unterrainer HF, Lewis AJ, Fink A. Religious/Spiritual well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues. *J Relig Health.* 2014;53(2):382-92.
 14. De 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.
 15. Scliar M. História do conceito de saúde. *PHYSIS Rev Saúde Colet.* 2007;17(1):29-41.
 16. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiatr.* 2001;8:18-23.
 17. Chiu L, Emblen JD, Van Hofwegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *West J Nurs Res.* 2004;26(4):405-28.
 18. Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, Hover M, Casalone C, Jinpu Hirsch T, et al. Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J Med.* 2000;342(25):1913–6.
 19. Post SG, Puchalski CMLD. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med.* 2000;132(7):578–83.
 20. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual.
-

- Rev Psiquiatr Clín. 2007;34(1):126-35. McSherry W, Cash K. The language of spirituality: An emerging taxonomy. Int J Nurs Stud. 2004;41(2):151–61.
21. 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(2):4–8.
22. Oliveira MR, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. Estud Psicol. 2012;17(3):469-76.
23. Wong KF, Lee LY, Lee JK. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. Int Nurs Rev. 2008;55(3):333–40.
24. Silva RR, Siqueira D. Espiritualidade, religião e trabalho no contexto organizacional. Psicol Estud. 2009;14(3):557-64.
25. Fornazari SA, Ferreira RER. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. Psicol Teor Pesqui. 2010;26(2):265-72.
26. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zalesky M, Laranjeira R. Envolvimento Religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. Rev Psiquiatr Clín. 2010;37(1):12-5.
27. Borges DCS, Furino FO, Barbieri MC, Souza ROD, Alvarenga WA, Dupas G. The social network and support of kidney transplants. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(4):e59519.
28. Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? J Bras Nefrol. 2010;32(1):128-32.
29. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Palma JS. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. Ciênc Cuid Saúde. 2012;10(2):314-21.
-

30. Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Entre o bem – estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(1):1-7.
 31. Caldeira S, Branco ZC, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Rev Enferm Ref*. 2011;3(5):145-52.
 32. Sá AC, Pereira LL. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. *Mundo Saúde*. 2007;31(2):225-37.
 33. Sá AC. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *Mundo Saúde*. 2009;33(2):205-17.
 34. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013;33(6):574-9.
 35. Lewinson LP, McSherry W, Kevern P. Spirituality in pre-registration nurse education and practice: a review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2015;35(6):806-14.
 36. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
 37. Caldeira S, Timmins F, Carvalho EC, Vieira M. Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(1):44-52.
 38. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise B, Lanza M, et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2003;14(4):113-24.
 39. Caldeira SMA. Cuidado espiritual rezar como intervenção de enfermagem. *Rev Cuid*. 2009;3(2):157-64.
-

40. Caldeira SMA. Cuidar do homem face à dimensão espiritual. *Nursing*. 2002;14(163):17-22.
 41. Pedrão RB, Beresin R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Einstein (São Paulo)*. 2010;8(1):86-91.
 42. Pinto S, Caldeira S, Martins JC. A espiritualidade nos pacientes com câncer em quimioterapia. *Rev Cuid*. 2012;6(1):8-14.
 43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
-

CAPÍTULO I

1. CAPÍTULO I

Influência da espiritualidade sobre a função renal em pacientes transplantados renais

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência da espiritualidade na função renal de pacientes transplantados renais.

Método: Estudo transversal, conduzido em um hospital de clínicas, público e de grande porte, situado no interior do estado de São Paulo, Brasil, que incluiu 81 pacientes transplantados renais, entre 30 dias e 60 meses de pós-transplante, seguidos por 12 meses. Com base na Escala de Religiosidade de DUREL os pacientes foram divididos em dois grupos considerando-se a mediana do escore de espiritualidade, sendo grupo espiritualizado (n=52) e menos espiritualizado (n=29). Para a análise estatística foram utilizados testes indutivos e a análise de modelos lineares mistos, com nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Resultados: As características clínicas, de imunossupressão, apoio social, adesão ao tratamento medicamentoso, qualidade de vida e depressão, não apresentaram diferenças entre os grupos. A função renal ao longo de um ano foi significativamente maior no grupo espiritualizado a partir do nono mês. Ao fim de 12 meses, a porcentagem de pacientes com clearance de creatinina superior a 60ml/min. foi de 61,5% no grupo espiritualizado e 34,5% no grupo menos espiritualizado ($p=0,02$). A análise multivariada mostrou que o grupo menos espiritualizado apresentou um risco de 4,7 vezes [1,4 – 16,8] maior para pior função renal ($p=0,01$).

Conclusão: Pacientes mais espiritualizados apresentaram melhor função renal no decorrer de um ano de transplante. Este efeito foi independente de características clínicas, do apoio social e da adesão à terapia imunossupressora. Assim, uma abordagem holística no atendimento, com ênfase no cuidado espiritual é encorajada.

Descritores: Espiritualidade; Transplante de rim; Doença crônica; Religião; Religião e medicina.

Keywords: Spirituality; Kidney transplantation; Chronic disease; Religion; Religion and medicine.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica configura-se um problema de saúde pública mundial.⁽¹⁾ No Brasil, admite-se existir aproximadamente 123 mil pacientes em tratamento dialítico. No entanto, ressalta-se que incidência anual é crescente.⁽²⁾

A hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal constituem as modalidades de tratamento disponíveis. Contudo, são consideradas substitutivas e não curativas. O transplante renal é apontado como a melhor modalidade terapêutica por promover maior qualidade de vida e menor mortalidade, além de reduzir custos ao sistema de saúde.⁽³⁾

Embora o número de transplantes renais no Brasil seja crescente, admite-se estar aquém do ideal.⁽⁴⁾ Apesar das vantagens advindas desta terapêutica, os pacientes enfrentam desafios, necessitando aderir a muitas recomendações que incluem mudanças em suas atividades diárias, uso contínuo de medicações imunossupressoras, prevenção de infecções, uma vez que apresentam alterações na função imunológica, consultas médicas periódicas, cuidados dietéticos e realização de atividades físicas rotineiras.^(3,5)

Assim, o desenvolvimento ou estabelecimento de estratégias de enfrentamento são necessários. Dentre elas, destacam-se a espiritualidade e a religiosidade.⁽⁶⁻⁷⁾ Nesse contexto, importantes publicações científicas tem se voltado à essa temática, evidenciando sua relevância na prática clínica.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Estudo apontou a correlação entre religiosidade com a redução do risco de mortalidade.⁽¹¹⁾ Este benefício também foi observado em pacientes com doenças renais crônicas, embora em associação ao melhor suporte social.⁽¹²⁾ Outras pesquisas apontaram os benefícios da espiritualidade e/ou da religiosidade sobre a saúde geral de pacientes com doença renal crônica.⁽¹³⁻¹⁵⁾

No pós-transplante renal, a espiritualidade foi correlacionada à adesão ao tratamento, sugerindo uma possível relação entre estas variáveis.⁽¹⁶⁾ Ainda, possuir maior religiosidade relacionou-se com menor risco comportamental e melhor adesão.⁽¹⁷⁾

Ao que nos consta, até o momento não há estudos na literatura que tenham abordado a espiritualidade e a evolução da função renal em pacientes transplantados, apontando a relevância desta publicação. A hipótese do estudo é que a espiritualidade esteja associada à melhora na função renal nestes pacientes.

Assim, o objetivo desta investigação consistiu em avaliar a influência da espiritualidade na função renal de pacientes transplantados renais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, conduzido no Serviço Multidisciplinar de Transplante Renal de um hospital de clínicas, público e de grande porte, situado no interior do estado de São Paulo, Brasil.

A população constou de pacientes transplantados renais, acompanhados na instituição. A amostra consecutiva foi de 81 participantes. Os critérios de inclusão foram possuir idade maior ou igual a 18 anos e tempo de transplante superior a 30 dias e inferior a 60 meses. Os pacientes foram divididos em dois grupos com base na mediana da espiritualidade da amostra total, compreendendo o grupo espiritualizado (n=52) e menos espiritualizado (n=29).

A coleta de dados iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob o número CAAE: 20869413.8.0000.5411. Todos os

participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo aos preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Os pacientes foram recrutados para o estudo entre outubro de 2013 a julho de 2014, sendo acompanhados até julho de 2015 quanto à função renal.

Como desfecho primário, buscou-se avaliar e comparar a evolução da função renal ao longo de 12 meses, em ambos os grupos. Foram analisadas as mudanças em relação ao basal, aos três, seis, nove e 12 meses, após o início do estudo. A função renal foi estimada pela fórmula de Cockcroft-Gault e corrigida pela superfície corpórea.

Como desfecho secundário, buscou-se avaliar a incidência de perda do enxerto, rejeição celular aguda e óbito, em ambos os grupos. Foram avaliadas as correlações entre a escala de religiosidade/espiritualidade com as escalas de adesão a terapia imunossupressora, e seu impacto na função renal ao fim de 12 meses. Ainda, foram consideradas as variáveis: idade, sexo, tempo após o transplante, escolaridade e religião.

Foram avaliados os fatores de possível confusão associadas à piora da função renal, que incluíram: tipo de doador (vivo ou falecido), painel de reatividade classe 1, número de incompatibilidades HLA (*mismatches*), tempo de transplante, terapia imunossupressora e rejeição aguda comprovada por biópsia no período de 12 meses.

A creatinina foi avaliada no momento basal e após três, seis, nove e 12 meses da primeira avaliação. Avaliou-se o nível sérico dos imunossupressores utilizados neste mesmo período, incluindo: ciclosporina, tacrolimus, sirolimus ou everolimus.

Como instrumentos de coleta de dados foram aplicados seis questionários validados, sendo: Escala de Religiosidade e Espiritualidade de DUREL⁽¹⁸⁾; Inventário de depressão de BECK⁽¹⁹⁾; Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE)⁽²⁰⁾; Escala de apoio social (MOS)⁽²¹⁾; Questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF)⁽²²⁾ e Questionário de Adesão a Terapia Imunossupressora de Basel (BAASIS)⁽²³⁾.

A Escala de DUREL é composta por cinco itens utilizados para mensurar a religiosidade. Visa mensurar os três maiores domínios da religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca ou espiritualidade). Para comparar os grupos, cada dimensão foi analisada separadamente, uma vez que não é recomendado somar pontuações das diferentes dimensões.⁽¹⁸⁾

O Inventário de Depressão de Beck foi utilizado para avaliar sintomas de depressão. Quanto maior o valor, maior a presença de sintomas depressivos. Um corte acima do valor 15 tem sido usado como indicativo de depressão.^(19,24)

O IDATE foi utilizado para avaliar a ansiedade. É composto de duas escalas distintas elaboradas para medir dois conceitos de ansiedade (estado e traço). O escore total da escala varia de 20 a 80, sendo que valores mais altos indicam maior grau de ansiedade.⁽²⁰⁾

A MOS foi utilizada para avaliar o apoio social. É composta por quatro dimensões: material, afetiva, emocional e interação social positiva. Os índices dessas dimensões compreendem pontuações entre 20 e 100. Quanto mais alta a pontuação, maior o apoio social.⁽²¹⁾

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-Bref. Este instrumento é composto por 26 questões divididas em quatro domínios: saúde

física, psicológica, relações sociais e meio ambiente. Escores mais elevados representam melhor qualidade de vida.⁽²²⁾

A BASSIS foi utilizada para avaliar a aderência ao tratamento imunossupressor. Esta escala consiste em quatro questões com avaliações sobre o uso das medicações nas últimas quatro semanas. Uma resposta positiva para qualquer item foi definida como não aderência.⁽²³⁾

Na análise estatística, para as variáveis paramétricas utilizou-se o Teste t-Student. Para as não paramétricas, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney. Para as variáveis categóricas foram utilizados os Testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher, quando apropriados. Para a análise do desfecho primário foi utilizada a análise de modelos lineares mistos (*linear mixed models*) no decorrer dos meses. Foram consideradas as medidas repetidas no decorrer de cinco avaliações (zero, três, seis, nove e 12 meses), utilizando-se como variáveis dependentes o clearance de creatinina estimado, e como fator fixo o tempo e o grupo (espiritualizado e menos espiritualizado).

Foi construída a análise multivariada de regressão logística binária para os fatores de risco associados a pior função renal ao fim de 12 meses. Considerou-se como variável dependente o clearance de creatinina estimado inferior a 60ml/min., e como covariáveis, aquelas com $p < 0,20$ na análise univariada e outras incluídas por estarem fortemente relacionadas a pior desfecho, incluindo: a idade do receptor, o grupo quanto a espiritualidade, o tipo de terapia de indução, o tempo de transplante, tipo de doador, painel de reatividade classe 1, presença de rejeição aguda e não adesão. Desfechos secundários: a análise de correlação entre as escalas de religiosidade e a espiritualidade e escala de adesão foi feita pelo Teste de Spearman. As

correlações entre as escalas de espiritualidade e não adesão com o clearance de creatinina foi feita pelo Teste de Person. O nível de significância para todos os testes foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram avaliados inicialmente 114 pacientes. Destes, foram excluídos 21 devido ao tempo de transplante ser superior a 60 meses, sete por recusa na participação no estudo e cinco por possuírem idade inferior a 18 anos. Assim, 81 pacientes compuseram a amostra. A média de idade foi de 42 (± 12) anos. Predominou o sexo feminino (53%), com tempo mediano de transplante de oito meses.

A amostra foi dividida em dois grupos com base na mediana da espiritualidade, que apresentou o valor de quatro. Assim, foram divididos os grupos em espiritualizado ($n=51$) e menos espiritualizados ($n=29$).

Predominaram os pacientes submetidos a transplante renal de doador falecido (63,5%), com painel de reatividade classe 1 baixo e pouca percentagem de retransplante, em ambos os grupos. O tipo de indução predominante foi o basiliximab e a combinação mais comum foi o uso de tacrolimus com micofenolato, sem diferenças entre os grupos. A percentagem de rejeição celular aguda comprovada por biópsia foi de 9,8% no grupo espiritualizado e 7,1% no grupo menos espiritualizado. A creatinina e o clearance de creatinina inicial também foram semelhantes entre os grupos (Tabela 1).

Tabela 1. Características basais, risco imunológico e imunossupressão nos grupos espiritualizado e menos espiritualizado (n=81)

	Espiritualizado (n=52)	Menos espiritualizado (n=29)	p
Sexo Feminino. n(%)	31(59,6%)	12(41,4%)	0,16 ⁺
Idade (anos). Média (DP)	43±11	41±15	0,61 ^{&}
Doador Falecido. n(%)	33(63,5%)	20(69%)	0,80 ⁺
Tempo de Transplante (meses). Mediana(P)	6 [2-24]	12[1-26]	0,98 [#]
Painel (%). Mediana (P)	0 [0-34]	0 [0-1]	0,10 [#]
Mismatches. Mediana (P)	3 [2-3]	3 [2-4]	0,63 [#]
Retransplante. n(%)	2(3,9%)	0(0%)	0,53 ⁺
Tipo de Indução			
Sem indução. n(%)	10(19,2%)	4(13,8%)	0,49 [*]
Basiliximab. n(%)	27(51,9%)	19(65,5%)	
Timoglobulina. n(%)	15(28,8%)	6(20,7%)	
Imunossupressão em uso:			
Tacrolimus. n(%)	45(88,2%)	29(100%)	0,08 ⁺
Everolimus ou sirolimus. n(%)	10(19,6%)	4(13,8%)	1 ⁺
Azatioprina. n(%)	1(2%)	0(0%)	1 ⁺
Micofenolato. n(%)	46(90,2%)	25(86,2%)	0,71 ⁺
Prednisona. n(%)	51(100%)	29(100%)	1 ⁺
Rejeição Aguda. n(%)	5(9,8%)	2(7,1%)	1 ⁺
Creatinina inicial (mg/dL). Mediana(P)	1,3 [1 – 1,9]	1,4 [1,2 – 1,8]	0,13 [#]
Clcreatina inicial (ml/min). Média (DP)	65,06±25,2	56,36±24,5	0,14 ^{&}
Evolução em 12 meses			
Perda do enxerto. n(%)	0(0%)	2(6,9%)	0,12 ⁺
Óbito. n(%)	1(1,9%)	0(0%)	1 ⁺

* Teste Qui-quadrado; + Teste Exato de Fisher; & Teste t-Student; # Mann-Whitney
DP: desvio padrão; P: percentil 25% e 75%

Os grupos foram semelhantes quando a escolaridade, com predomínio de até o segundo grau. A religião prevalente foi a católica, sem diferenças entre os grupos (Tabela 2).

A escala de DUREL mostrou maior religião organizacional no grupo espiritualizado com mediana de dois [1-3] e mediana de dois [2-4] no grupo menos espiritualizado (p=0,001). A religiosidade não organizacional também foi maior no grupo espiritualizado [2; 2-2] em relação ao grupo menos espiritualizado [2; 2-5] (p=0,01). A escala de religiosidade/espiritualidade foi utilizada para a divisão entre os grupos. As demais variáveis (depressão, ansiedade, qualidade de vida, apoio social e adesão ao tratamento imunossupressor) não apresentaram diferenças entre os grupos (Tabela 2).

A percentagem de pacientes considerados não aderentes também não diferiu entre os grupos, sendo 19,2% no grupo espiritualizado e 27,6% no grupo menos espiritualizado ($p=0,41$) (Tabela 2).

Tabela 2. Escolaridade, religião e questionários basais nos grupos espiritualizado e menos espiritualizado ($n=81$)

		Espiritualizado ($n=52$)	Menos espiritualizado ($n=29$)	p
Escolaridade $n(\%)$	Analfabeto.	0(0%)	0(0%)	0,74*
	Primeiro Grau	22(42,3%)	10(34,5%)	
	Segundo Grau	24(46,2%)	16(55,2%)	
	Terceiro Grau ou maior.	6(11,5%)	3(10,3%)	
Religião $n(\%)$	Ateu	0(0%)	0(0%)	0,34*
	Católico	29(55,8%)	19(65,5%)	
	Evangélico	22(42,3%)	8(27,6%)	
	Espirita	0(0%)	1(3,4%)	
	Outros	1(1,9%)	1(3,4%)	
Religiosidade/ Espiritualidade Mediana(P)	Religião não Organizacional.	2 [1-3]	2 [2-4]	0,001 [#]
	Religião Organizacional.	2 [2-2]	2 [2-5]	0,01 [#]
	Espiritualidade.	3 [3-4]	6 [5-6]	0,0001 [#]
Depressão. Mediana(P)		7 [4-11]	10 [4-17]	0,42 [#]
Ansiedade Média (DP)	Traço	40±8	42±9	0,24 ^{&}
	Estado	40±8	42±9	0,40 ^{&}
Qualidade de vida Mediana(P)	Físico	67,8 [58,9-75,5]	67,8 [53,6-75]	0,58 [#]
	Psicológico	75 [68,7-83,3]	75 [66,36-83,3]	0,50 [#]
	Relações Sociais	75 [66,6-83,3]	75 [66,6-83,3]	0,66 [#]
	Meio Ambiente	67,2 [57,8-75]	68,7 [62,5- 5]	0,78 [#]
Apoio social Mediana(P)	Material	95 [75-100]	95 [90-100]	0,72 [#]
	Afetivo	100 [90-100]	95 [85 - 100]	0,34 [#]
	Interação Social	90 [70-97,5]	80 [67,5- 100]	0,98 [#]
	Emocional	93 [73-100]	80 [70-100]	0,49 [#]
Adesão a terapia imunossupressora. Mediana(P)		0 [0 - 0]	0 [0 -1]	0,48 [#]
Não Adesão (BAASIS > 0). $n(\%)$		10(19,2%)	8(27,6%)	0,41 ⁺

* Teste Qui-quadrado; + Teste Exato de Fisher; & Teste t-Student; # Mann-Whitney
DP: desvio padrão; P: percentil 25% e 75%.

Em relação ao desfecho primário, a análise de medidas não mostrou diferenças na creatinina no decorrer do tempo e entre os grupos. Ao fim de 12 meses, a média da creatinina no grupo espiritualizado foi de 1,47 ($\pm 0,6$) e no grupo menos espiritualizado de 1,95 ($\pm 1,7$) (Tabela 3).

Analisando o clearance de creatinina, observamos que não houve diferenças entre os grupos em relação ao tempo nos 12 meses avaliados. Em relação aos grupos, o espiritualizado apresentou clearance de creatinina significativamente maior a partir do nono mês ($p=0,009$).

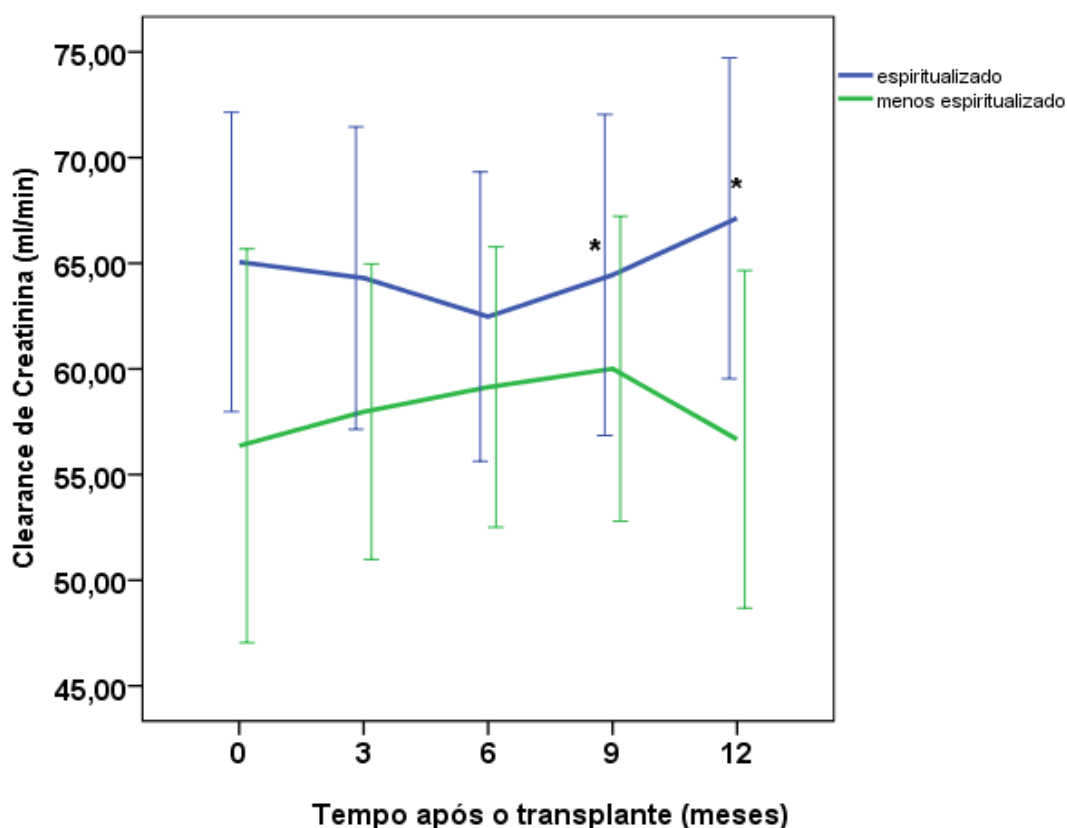


Figura 1. Análise de medidas repetidas do clearance de creatinina no início e após, 3, 6, 9 e 12 meses da entrevista inicial nos grupos espiritualizado e menos espiritualizado. * $p=0,009$ x grupo menos espiritualizado

Ao fim de 12 meses, a percentagem de pacientes com clearance de creatinina superior a 60ml/min. foi de 61,5% no grupo espiritualizado e 34,5% no grupo menos espiritualizado ($p=0,02$) (Tabela 3).

Tabela 3. Análise de medidas repetidas da creatinina e clearance de creatinina nos momentos basais, três, seis, nove e 12 meses após a primeira avaliação, nos grupos espiritualizado e menos espiritualizado (n=81)

	Espiritualizado (n=52) Média (DP) ^a	Menos espiritualizado (n=29) Média (DP) ^a
Creatinina (mg/dL)		
Basal	1,58±0,76	2,05±2,09
Mês 03	1,57±0,75	1,76±0,80
Mês 06	1,60±0,75	1,61±0,40
Mês 09	1,61±0,86	1,65±0,57
Mês 12	1,47±0,64	1,95±1,7
Clearance de Creatinina (ml/min)		
Basal	65,06±25,2	56,36±24,5
Mês 03	64,29±25,4	57,97±18,4
Mês 06	62,47±24,3	59,13±17,1
Mês 09	64,44±27,0	60,00±18,6*
Mês 12	67,13±26,9	56,66±20,9*
Clearance de Creatinina > 60 ml/min ao fim de 12 meses. n(%) ^B	32(61,5%)	10(34,5%)**

a. Análise de modelos lineares mistos; b. Teste Exato de Fisher

DP: desvio padrão; * p<0.009 x grupo espiritualizado; ** p=0,02

A análise multivariada de fatores de risco associados a apresentar clearance de creatinina inferior a 60ml/min. ao fim de 12 meses, mostrou que pertencer ao grupo menos espiritualizado associou-se a um risco de 4,7 vezes [1,4 – 16,8] maior para piora da função renal (p=0,01). Ainda, associou-se a piora da função renal aos 12 meses à idade do paciente OR=1,01 [1,001 – 1,13] por ano de vida, o tempo de transplante OR=1,09 [1,03 – 1,15] por meses adicionais e receptores de doador falecido OR=12,4 [7,17 – 88,3].

Quanto aos desfechos secundários, a perda do enxerto foi zero no grupo espiritualizado e 6,9% no grupo menos espiritualizado (p=0,12). Não houve diferenças referentes a óbito entre os dois grupos (Tabela 1).

A religiosidade não organizacional correlacionou-se com a espiritualidade (r=0,449 e p<0,001). A religiosidade organizacional correlacionou-se com a espiritualidade (r=0,328 e p=0,003). Não houve

correlação da adesão aos imunossupressores com a espiritualidade ($r=0,072$ e $p=0,52$). A espiritualidade correlacionou-se inversamente com o clearance de creatinina aos 12 meses ($r=-0,259$ e $p=0,02$). A adesão aos imunossupressores correlacionou-se de forma inversa com o clearance de creatinina aos 12 meses ($r=-0,381$, $p<0,001$). A análise multivariada de fatores associados ao clearance de creatinina aos 12 meses mostrou que a espiritualidade correlacionou-se inversamente e de forma independente com a função renal ($\beta=-3,701$ e $p=0,03$) e ao tempo de transplante ($\beta=-0,627$ e $p=0,001$).

DISCUSSÃO

As limitações desta investigação referem-se à natureza monocêntrica e o desenho transversal, que não permitem a generalização dos resultados e o estabelecimento de relações causais. Assim, são necessários mais estudos para entender melhor a relação entre a religiosidade e o resultado do transplante renal.

No entanto, as contribuições desta investigação são evidentes e inclui um relatório minucioso das características clínicas e dos perfis imunológicos dos participantes do estudo, o que não é observado rotineiramente em investigações sobre a religiosidade e o controle de potenciais fatores de confusão associados a resultados ruins, como a não adesão, depressão, ansiedade e apoio social. Outro aspecto positivo a ser considerado diz respeito à escala de religiosidade utilizada neste estudo, que é de fácil aplicabilidade e reproduzível.

Contudo, a principal contribuição desta investigação para a prática clínica relacionou-se ao fortalecimento da hipótese de que a espiritualidade

pode influenciar positivamente a função renal em pacientes transplantados, uma vez que os resultados apontaram esta melhora após 12 meses do procedimento, como variável independente. Portanto, o atendimento com ênfase no bem-estar espiritual faz-se necessário.

Evidenciou-se que o nível de religiosidade foi alto entre os pacientes transplantados renais investigados. De fato, 67,3% dos participantes apresentaram altos índices de religiosidade intrínseca e foram, portanto, atribuídos ao grupo de maior espiritualidade. Esse achado sugere que pacientes com doenças crônicas apresentam maior religiosidade/espiritualidade quando comparados à população em geral.

Possuir fé ou crer em algo superior contribui para o enfrentamento e, conseqüentemente, ao complexo processo que envolve o transplante renal, principalmente no que diz respeito à superação dos medos e da ansiedade, entre outros sentimentos negativos.⁽¹⁰⁾

A religiosidade/espiritualidade é apontada como importante recurso para o ajustamento e gerenciamento de situações estressantes, que, portanto, exigem dos indivíduos nova postura frente a determinadas situações.⁽²⁵⁾ Aproximar-se de Deus, da igreja e seus integrantes favorece o apoio emocional aos indivíduos transplantados.⁽¹⁰⁾

No grupo menos espiritualizado, a função renal foi pior aos 12 meses. A análise multivariada mostrou que esse efeito foi independente da aderência à terapia de imunossupressão e dos fatores clínicos associados a piores resultados. Assim, a pior função renal observada neste grupo não pode ser explicada pela presença de características clínicas.

Ambos os grupos, espiritualizado e menos espiritualizado, mostraram predominância de risco imunológico moderado, tipo de doador falecido e painel de baixa reatividade, e receberam imunossupressão de manutenção similar (tacrolimus combinado com prednisona e micofenolato) e terapia de indução (basiliximab) na maioria dos casos.

Um melhor apoio social e uma melhor qualidade de vida, tradicionalmente associados à religiosidade/espiritualidade⁽⁸⁻⁹⁾ também não explicam a melhor função renal observada nos participantes de maior espiritualidade, uma vez que, os escores de depressão, ansiedade, suporte social e qualidade de vida não diferiu entre os grupos.

Uma das características fortemente associadas com um mau resultado no transplante renal é a aderência à terapia de imunossupressão.⁽²⁷⁾ A não adesão tem sido associada à rejeição mediada pelo anticorpo tardio e consequente pior função renal.⁽²⁸⁾ Assim, dos fatores de confusão abordados neste estudo, a adesão é de especial importância, considerando-se que o período de estudo incluiu o pós-transplante inicial, durante o qual o risco de não adesão é mais elevado.⁽²⁹⁾

No entanto, os escores na escala de adesão não diferiram entre os grupos. Além disso, não houve correlação entre a religião intrínseca e os escores de adesão, embora os escores em ambas as escalas se correlacionaram inversamente com a função renal aos 12 meses. Assim, esses achados sugerem que a espiritualidade pode refletir indiretamente a soma do apoio social, adesão e qualidade de vida, que, provavelmente leva a melhora na função renal.

Sabe-se que os pacientes tendem a negar qualquer não adesão à terapia medicamentosa ao responderem questionários. Contudo, quando os questionários de religiosidade/espiritualidade são aplicados, os pacientes parecem responder de forma mais adequada, possivelmente por não estarem diretamente relacionados ao não cumprimento.

No presente estudo não foram encontradas diferenças na mortalidade entre os grupos. Isso pode ser explicado pela baixa taxa de eventos adversos observados nos 12 meses de acompanhamento. Investigações anteriores que abordaram sobre a mortalidade em pacientes na lista de espera para transplante hepático e com doença renal crônica em diálise também associaram maior religiosidade/espiritualidade à menor mortalidade.^(12,30)

Por fim, sugere-se que a religiosidade e espiritualidade sejam consideradas para identificar pacientes em risco de pior evolução pós-transplante renal, além da necessidade de integração destas variáveis no processo de cuidar em saúde para estes pacientes.

CONCLUSÃO

Os pacientes transplantados renais apresentaram elevado grau de religiosidade e espiritualidade. Os pacientes mais espiritualizados apresentaram melhor função renal no decorrer de um ano de transplante. Este efeito foi independente de características clínicas, do apoio social e da adesão à terapia imunossupressora. Assim, uma abordagem holística no atendimento, com ênfase no cuidado espiritual é encorajada.

REFERÊNCIAS

- 1- Bayoumi M, Harbi A, Suwaida A, Ghonaim M, Wakeel J, Mishkiry A. Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2013 Mar;24(2):254-9.
- 2- Sociedade Brasileira de Nefrologia [Internet]. 2016. Censo de diálise SBN 2016. [acesso 13 jul 2017]. Disponível em http://sbn.org.br/pdf/censo_2016_publico_leigo.pdf
- 3- Neipp M, Jackobs S, Klempnauer J. Renal transplantation today. *Langenbecks Arch Surg*. 2009;394(1):1-16.
- 4- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/junho 2016. *RBT: Reg Bras Transpl*. 2016;22(2):1-17.
- 5- Lippe N von der, Waldum B, Brekke FB, Amro AAG, Reisæter AV, Os I. From dialysis to transplantation: a 5-year longitudinal study on self-reported quality of life. *BMC Nephrol*. 2014;15:191.
- 6- Khanna S, Greyson B. Near-death experiences and spiritual well-being. *J Relig Health*. 2014;53(6):1605-15.
- 7- Unterrainer H. F, Lewis A. J, Fink A. Religious/Spiritual well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues. *J Relig Health*. 2014;53(2):382-92.
- 8- Zaben F, Khalifa DA, Sehlo MG, et al. Religious involvement and health in dialysis patients in Saudi Arabia. *J Relig Health*. 2015; 54:713-30.
- 9- Jazieh AR, Al Sudairy R, Abulkhair O, et al. Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer in Saudi Arabia. *J Altern Complement Med*. 2012; 18:1045-9.

- 10- Borges DCS, Furino FO, Barbieri MC, Souza ROD, Alvarenga WA, Dupas G. The social network and support of kidney transplantes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4):e59519.
- 11- Lucchetti G, Lucchetti AL, Koenig HG. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. *Explore (NY).* 2011;7(4):234-8.
- 12- Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B, Puchalski CM, et al. Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2008;3(6):1620-7.
- 13- Valcanti CC, Chaves ECL, Mesquita AC, Nogueira DA, Carvalho EC. Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46:838-45.
- 14- Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, *et al.* Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology.* 2013; 18:269-75.
- 15- Cruz JP, Colet PC, Qubeilat H, Al-Otaibi J, Coronel EI, Suminta RC. Religiosity and health-related quality of life: a cross-sectional study on filipino christian hemodialysis patients. *J Relig Health.* 2016;55:895-908.
- 16- Silva AN, Moratelli L, Tavares PL, Marsicano EO, Pinhati RR, Colugnati FA, et al. Self-efficacy beliefs, locus of control, religiosity and non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplant patients. *Nephrology (Carlton).* 2016;21(11):938-43.
- 17- Hatah E, Lim KP, Ali AM, Shah MN, Islahudin F. The influence of cultural and religious orientations on social support and its potential impact on medication adherence. *Patient Prefer Adherence.* 2015;9:589-96.
- 18- Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig H.G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *J Relig Health.* 2012;51(2):579-86.

- 19- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
- 20- Craven JL, Rodin GM, Littlefield C. The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int J Psychiatry Med*. 1988;18(4):365-74.
- 21- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
- 22- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46:1569-85.
- 23- Dobbels F, Berben L, De Geest S, Drent G, Lennerling A, Whittaker C, et al. The psychometric properties and practicability of self-report instruments to identify medication nonadherence in adult transplant patients: a systematic review. *Transplantation*. 2010;90(2):205-19.
- 24- Craven JL, Rodin GM, Littlefield C. The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int J Psychiatry Med*. 1988;18(4):365-74.
- 25- [Taheri Kharamé Z](#), [Zamanian H](#), [Foroozanfar S](#), [Afsahi S](#). Religious wellbeing as a predictor for quality of life in Iranian hemodialysis patients. [Glob J Health Sci](#). 2014;6(4):261-9.
- 26- Russell CL, Ashbaugh C, Peace L, Cetingok M, Hamburger KQ, Owens S, et al. Time-in-a-bottle (TIAB): a longitudinal, correlational study of patterns, potential predictors, and outcomes of immunosuppressive medication adherence in adult kidney transplant recipients. *Clin Transplant*. 2013;27(5):E580-590.
- 27- Gupta G, Abu Jawdeh BG, Racusen LC, Bhasin B, Arend LJ, Trollinger B, et al. Late antibody-mediated rejection in renal allografts: outcome after conventional and novel therapies. *Transplantation*. 2014;97(12):1240-6.
- 28- Garcia MF, Bravin AM, Garcia PD, Contti MM, Nga HS, Takase HM, et al.

Behavioral measures to reduce non-adherence in renal transplant recipients: a prospective randomized controlled trial. *Int Urol Nephrol*. 2015;47(11):1899-905.

- 29- Bonaguidi F, Michelassi C, Filipponi F, Rovai D. Religiosity associated with prolonged survival in liver transplant recipients. *Liver Transpl*. 2010;16(10):1158-63.

CAPÍTULO II

3. CAPÍTULO II

Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos: revisão integrativa

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar as evidências existentes referentes aos benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos.

Método: Revisão integrativa realizada por meio de consulta as Bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde, *Scientific Electronic Library Online*, *US National Library of Medicine* e Scopus. Utilizaram-se os descritores: doença renal crônica, espiritualidade e religião. Foram incluídos artigos primários publicados até dezembro de 2017.

Resultados: Foram selecionados 26 artigos, dos quais emergiram quatro categorias temáticas: benefícios como modalidade de enfrentamento, na percepção da qualidade de vida, à saúde mental e na melhora da função renal pós-transplante. **Conclusões:** Os benefícios incluíram os relacionados a modalidades de enfrentamento situacional como o fortalecimento da esperança, apoio social e enfrentamento da dor; os relacionados à saúde mental como o menor risco de suicídio e menos sintomas depressivos; melhora na percepção da qualidade de vida e na função renal pós-transplante.

Descritores: Doença renal crônica; Espiritualidade; Religião; Religião e Medicina; Assistência Centrada no Paciente.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) consiste na perda progressiva e irreversível das funções renais, onde na fase mais avançada, a manutenção do meio interno encontra-se gravemente prejudicada, havendo necessidade de inicio de terapias renais substitutivas⁽¹⁾.

Mundialmente, a DRC tem sido apontada como importante problema de saúde pública por acometer parcela significativa da população e implicar em alta morbimortalidade, ocasionando pior qualidade de vida aos pacientes e custos elevados ao sistema de saúde⁽²⁾. No Brasil, admite-se a prevalência de 123 mil pacientes em tratamento dialítico. Esses valores são mais exorbitantes e preocupantes se considerarmos seu crescimento anual⁽³⁾.

Embora substitutiva e não curativa, as modalidades de terapia incluem a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal⁽⁴⁾. Independente do tipo de tratamento, pacientes e seus familiares são expostos a mudanças significativas em suas vidas, com necessidade de reorganização do contexto familiar e pessoal. A necessidade do uso de medicações continuamente, atividades físicas rotineiras, monitoramento de infecções, uma vez que a imunidade sofre alterações, restrições hídricas e dietéticas, consultas médicas periódicas, perda do emprego, entre outros, são apontados como situações estressantes. Observam-se ainda, alterações nas atividades de vida diária e distúrbios de autoimagem e autoestima⁽⁵⁾. Em suma, pacientes com DRC com frequência apresentam problemas de ordem funcional, estética e psicossocial⁽⁶⁾.

Nesse contexto, o desenvolvimento de modalidades ou estratégias de enfrentamento situacional faz-se necessário. Dentre elas, destacam-se os relacionados à espiritualidade e/ou da religiosidade⁽⁷⁾.

Embora para muitos a espiritualidade e a religiosidade sejam sinônimos, suas definições apontam distinções. A espiritualidade é definida como “a busca pessoal para entender questões finais sobre a vida, sobre 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 a religiosidade é definida como “a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, podendo ser organizacional (participação na igreja ou em templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir a programas religiosos na televisão)”⁽⁸⁾.

Diversos estudos têm apontado Os benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade na prática clínica têm sido evidenciados⁽⁹⁻¹⁰⁾, incluindo em pacientes com DRC, destacando-se entre elas, as melhorias na relação equipe de saúde e paciente, melhor qualidade de vida e melhor enfrentamento situacional⁽⁴⁾.

No entanto, observa-se uma escassez de evidências e estratégias voltadas a melhor maneira de incorporar a espiritualidade no processo de cuidar de pacientes com doença renal crônica, evidenciando-se como um grande desafio aos profissionais de saúde⁽¹¹⁾. De fato, há discrepância entre as necessidades espirituais de pacientes e a oferta de cuidados e intervenções relacionadas, incluindo a assistência a pacientes renais crônicos⁽¹²⁾.

Ressalta-se que as crenças espirituais e religiosas podem influenciar o cuidado do paciente de maneira positiva ou negativa. São barreiras ao

tratamento, por exemplo, o fato de o paciente interpretar a doença como uma punição ou pensar que foi esquecido por Deus. Em contrapartida, é entendido como fator benéfico, o fato de auxiliar o paciente a lidar com situações estressantes. Assim, profissionais de saúde devem esforçar-se para identificá-las⁽¹³⁾.

Frente ao exposto, questiona-se: quais são os benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade para pacientes renais crônicos? Espera-se com esta investigação, aumentar a compreensão e explicitar os benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade nos pacientes com doença renal crônica, além de seu impacto sobre tratamento e sua influência na vida desses pacientes.

OBJETIVO

Recorrendo a uma revisão integrativa da literatura, o objetivo desta investigação foi identificar e analisar as evidências existentes referentes aos benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esta metodologia permite a abordagem de diversos tipos de estudos e proporciona uma abrangente análise do assunto abordado além da síntese do conhecimento produzido⁽¹⁴⁾.

Referencial metodológico e as respectivas etapas

Para confecção desta revisão considerou-se as seguintes etapas: desenvolvimento da questão norteadora; busca dos estudos primários nas bases de dados; extração de dados dos estudos; avaliação dos estudos selecionados; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão⁽¹⁴⁾.

Respeitando-se o que se propôs avaliar, a questão norteadora foi: “quais são os benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos?”

Foram incluídos artigos primários, nos idiomas inglês, espanhol e português. Não foi estipulado período de tempo de publicação, e a data final da busca foi 16 de dezembro de 2017. Foram excluídos artigos secundários, como os de validação e de revisão, e aqueles que após a leitura na íntegra não responderam a questão norteadora.

A busca se deu por meio de consulta as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *US National Library of Medicine* (PubMed) e Scopus. Para tal, utilizaram-se os descritores: doença renal crônica, espiritualidade e religião, em português e inglês. Tanto os descritores quanto seus sinônimos foram combinados entre si.

A seleção dos estudos foi realizada inicialmente por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, sendo incluídos os que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Para a seleção final foi realizada a leitura dos artigos na íntegra. Todo o processo, desde a busca até a seleção, foi realizado por dois pesquisadores. Em caso de dúvida ou discrepância entre eles, um terceiro pesquisador foi consultado.

Para a coleta e análise dos dados, utilizou-se de um formulário padronizado que abordou as variáveis: título do artigo, autores, ano de publicação, país onde foi publicado, objetivo, metodologia, nível de evidência e principais resultados ou recomendações.

Para avaliar o nível de evidência dos trabalhos foi empregada à categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que classifica os estudos em seis níveis, sendo: I - Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; II - Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; III - Evidências de estudos quase-experimentais; IV - Evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; V - Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e VI - Evidências baseadas em opiniões de especialistas⁽¹⁵⁾.

Por fim, o conteúdo identificado nos artigos foi exposto por meio de categorias temáticas.

RESULTADOS

Inicialmente foram selecionados 102 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 66 estudos. Destes, foram excluídos 33 estudos por se encontrarem duplicados, ou seja, disponíveis em mais de uma base de dados. Assim, foram selecionados para leitura na íntegra, 33 artigos. Destes, 26 compuseram a amostra final (Figura 1).

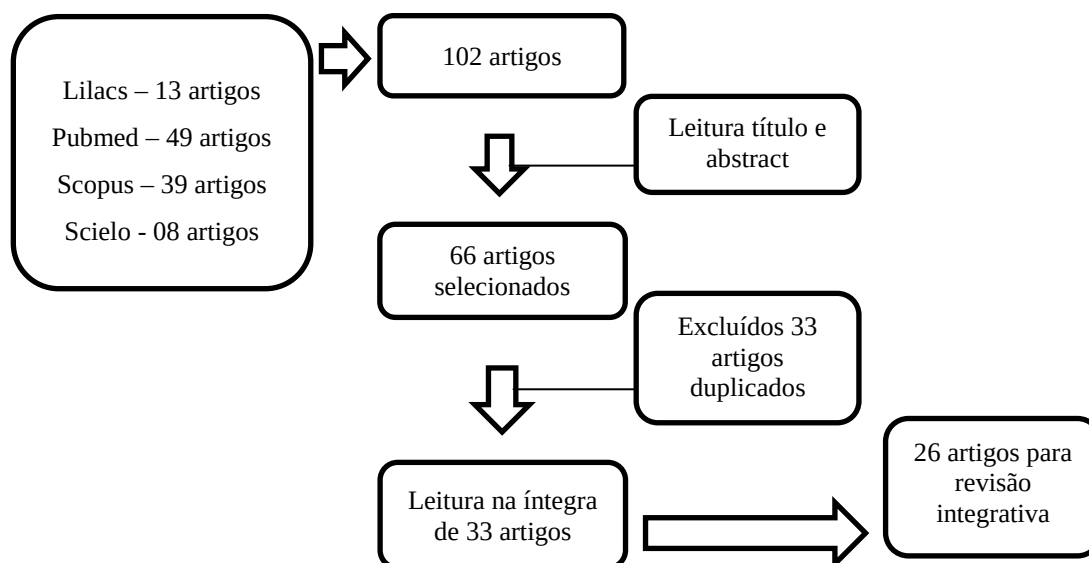


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão integrativa. Botucatu, SP, 2017.

Dos 26 artigos que compuseram a amostra final, o mais antigo foi publicado em 2003 e os mais atuais em 2017. Dos 26 artigos, 23 (88%) se encontravam disponíveis em inglês. 15 (58%) foram publicados em periódicos internacionais e, embora Oito (31%) tenham sido publicados em periódicos nacionais, estavam indexados em bases de dados internacionais. Referente à procedência, prevaleceram os desenvolvidos no Brasil (54%) seguido dos Estados Unidos da América (27%). Em relação ao delineamento dos estudos, todos (n=26, 100%) foram descritivos, portanto, com nível de evidência IV⁽¹⁵⁾ (Tabela 1).

Tabela 1. Apresentação dos estudos inclusos na revisão integrativa segundo o título, autores, ano da publicação, país onde foi publicado, delineamento, nível de evidência e desfechos. Botucatu, SP, 2017.

Título	Autores Ano/País	Delineamento Nível de evidência	Desfechos
<i>Adjustment, spirituality, and health in women on hemodialysis</i> ⁽¹⁶⁾ .	Tanyi RA, Werner JS. USA. 2003.	Estudo descritivo e de correlação (n=65 pacientes). Nível IV.	Evidenciaram-se as relações entre o ajuste, o bem-estar espiritual e a auto-percepção da saúde em mulheres com doença renal terminal em hemodiálise.
<i>Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population</i> ⁽¹⁷⁾ .	Ko B, Khurana A, Spencer J, Scott B, Hahn M, Hammes M. USA. 2007.	Estudo transversal (n=112 pacientes). Nível IV.	Pacientes em hemodiálise utilizam crenças religiosas/espirituais para se dar esperança, significado e propósito de vida.
<i>Spirituality in African American and Caucasian women with end-stage renal disease on hemodialysis treatment</i> ⁽¹⁸⁾ .	Tanyi RA, Werner JS. USA. 2007.	Estudo transversal (n=58 pacientes). Nível IV.	Os benefícios do bem-estar religioso foram evidenciados.
<i>Women's experience of spirituality within end-stage renal disease and hemodialysis</i> ⁽¹⁹⁾ .	Tanyi RA, Werner JS. USA. 2008.	Estudo qualitativo (n=16 pacientes). Nível IV.	A espiritualidade é de grande importância e deve ser usada para melhorar o cuidado holístico.
<i>Religion and spirituality: the experience of families of children with Chronic Renal Failure</i> ⁽²⁰⁾ .	Paula ES, Nascimento LC, Rocha SM. Brasil. 2009.	Estudo qualitativo (n=14 participantes). Nível IV.	Profissionais da saúde devem compreender a religião e a espiritualidade da família no processo da doença, com vista ao seu trabalho na promoção da saúde.

<i>Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease</i> ⁽²¹⁾ .	Davison SN, Jhangri GS. Canada. 2010.	Estudo quantitativo (n=253 pacientes). Nível IV.	O domínio existencial da espiritualidade teve um impacto maior na qualidade de vida em comparação com medidas de religiosidade.
<i>Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis</i> ⁽²²⁾ .	Valcanti CC, Chaves ECL, Mesquita AC, Nogueira DA, Carvalho EC. Brasil. 2012.	Estudo descritivo e transversal (n=123 pacientes). Nível IV.	Os pacientes utilizam de modo positivo o <i>coping</i> religioso/espiritual como estratégia de enfrentamento da doença.
<i>Religious beliefs and practices in end-stage renal disease: implications for clinicians</i> ⁽²³⁾ .	Elliott BA, Gessert CE, Larson P, Russ TE. USA. 2012.	Estudo qualitativo (n=31 pacientes). Nível IV.	As crenças religiosas trouxeram significado para vida. Evidenciou-se a importância das práticas religiosas (oração, liturgia e tradições) para mantê-los conectados a Deus. Receber visitas de membros da igreja e do clero ofereceu apoio e suporte.
<i>Religiousness, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients</i> ⁽²⁴⁾ .	Lucchetti G, Almeida LG, Lucchetti AL. Brasil. 2012.	Estudo descritivo e transversal (n=133 pacientes). Nível IV.	A religiosidade associou-se a menos sintomas depressivos e a melhor qualidade de vida.
<i>Investigating the action and interaction strategies that patients use to cope with</i>	Santos FK, Valadares GV. Brasil. 2013.	Estudo qualitativo (n=8 pacientes). Nível IV.	Ao conhecer as estratégias utilizadas no enfrentamento da DP, caberá ao enfermeiro participar desse processo em que

<i>peritoneal dialysis</i> ⁽²⁵⁾ .			o cliente dá significado a este método.
<i>The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease</i> ⁽²⁶⁾ .	Davison SN, Jhangri GS. Canada. 2013.	Estudo descritivo e de coorte (n=253 pacientes). Nível IV.	Evidenciou-se a importância de se direcionar o ajuste psicossocial à doença e à espiritualidade como formas de preservar ou melhorar a qualidade de vida dos pacientes em pré-diálise e diálise.
<i>Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on Muslim patients undergoing haemodialysis</i> ⁽²⁷⁾ .	Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Irã. 2013.	Estudo descritivo e de coorte (n=362 pacientes). Nível IV.	Os recursos espirituais podem contribuir para uma melhor qualidade de vida e estado de saúde entre pacientes com hemodiálise.
<i>Quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of adult and elderly chronic kidney patients under hemodialysis</i> ⁽²⁸⁾ .	Rusa SG, Peripato GI, Pavarini SCI, Inouye K, Zazzetta MS, Orlandi FS. Brasil. 2014.	Estudo descritivo e transversal (n=110 pacientes). Nível IV.	Os pacientes apresentaram elevados escores de qualidade de vida, especificamente nas dimensões referentes à espiritualidade, religião e crenças pessoais.
<i>Religious Wellbeing as a Predictor for Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients</i> ⁽²⁹⁾ .	Taheri Kharam Z, Zamanian H, Foroozanfar S, Afsahi S. Irã. 2014.	Estudo transversal (n=95 pacientes). Nível IV.	O bem-estar religioso deve ser considerado como importante fator preditivo para a melhor qualidade de vida em pacientes em hemodiálise.
<i>Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing</i>	Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, Mendiondo MSZ,	Estudo descritivo, transversal (n=127 pacientes).	A esperança e a espiritualidade devem ser consideradas na assistência a saúde.

<i>hemodialysis: a correlational study</i> ⁽³⁰⁾ .	Pavarini SCI, Orlandi FS. Brasil. 2014.	Nível IV.	
<i>How do thai patients receiving haemodialysis cope with pain?</i> ⁽³¹⁾	Yodchai K, Dunning T, Savage S, Hutchinson AM, Oumtanee A. USA. 2014.	Estudo qualitativo (n=20 pacientes). Nível IV.	O estudo possibilitou entender como os pacientes lidam com a dor e a importância das crenças culturais e estratégias de enfrentamento e gerenciamento apropriado da dor.
<i>Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study</i> ⁽³²⁾ .	Martínez BB, Custódio RP. Brasil. 2014.	Estudo descritivo e transversal (n=150 pacientes). Nível IV.	A saúde mental deficiente associou-se com menor bem-estar espiritual. O bem-estar espiritual foi relacionado negativamente com o estresse, distúrbios do sono, queixas psicossomáticas e saúde mental.
<i>Relation between quality of life and spirituality in chronic renal patients who conduct hemodialysis</i> ⁽³³⁾ .	Malaguti I, Manfrim PB, Santos TM, Santos DCN, Napoleão LL, Silva RCR, et al. Brasil. 2015.	Estudo descritivo e transversal (n=100 pacientes). Nível IV.	A espiritualidade se mostrou relacionada positivamente com a melhora na qualidade de vida.
<i>Family experience in the kidney transplant process from a living donor</i> ⁽³⁴⁾ .	Cruz MG, Daspett C, Roza BA, Ohara CV, Horta AL. Brasil. 2015.	Estudo qualitativo (n=4 famílias). Nível IV.	O transplante de rim de doador vivo envolve aspectos de cuidado físico e emocionais de todos os envolvidos, onde a espiritualidade é um fator coadjuvante.
Religião no tratamento da	Souza Júnior EA, Trombini	Estudo qualitativo (n=	O significado da religião em suas vidas foi

doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes ⁽³⁵⁾ .	DSV, Mendonça ARA, Von Atzingen AC. Brasil. 2015.	20 participantes, sendo 10 pacientes e 10 médicos). Nível IV.	distinto entre os grupos analisados; entretanto, ambos concordam que a religião configura um fator benéfico na vida do paciente.
<i>Quality of life and associated factors in patients with chronic kidney disease on hemodialysis</i> ⁽³⁶⁾ .	Fukushima RL, Menezes AL, Inouye K, Pavarini SC, Orlandi FS. Brasil. 2016.	Estudo descritivo e transversal (n=101 pacientes). Nível IV.	Os fatores sociodemográficos e clínicos, entre eles a espiritualidade, são importantes para a melhoria da assistência a pacientes renais crônicos em hemodiálise.
<i>Religiosity and health-related quality of life: a cross-sectional study on filipino christian hemodialysis patients</i> ⁽³⁷⁾ .	Cruz JP, Colet PC, Qubeilat H, Al-Otaibi J, Coronel EI, Suminta RC. Filipinas. 2016.	Estudo descritivo e transversal (n=100 pacientes). Nível IV.	A abordagem holística no atendimento a pacientes em hemodiálise, com ênfase no cuidado espiritual, foi encorajada visando melhorar a saúde como um todo.
<i>The role of religion and spirituality in coping with kidney disease and haemodialysis in Thailand</i> ⁽³⁸⁾ .	Yodchai K, Dunning T, Savage S, Hutchinson AM. USA. 2017.	Estudo qualitativo (n=20 pacientes). Nível IV.	A religião e espiritualidade forneceram estratégias de enfrentamento poderosas.
<i>Influence of spirituality on renal function of kidney transplant patients</i> ⁽³⁹⁾ .	Bravin AM, Trettene AS, Cavalcante RS, Banin VB, Padula NA, Saranholi TL, et al. Brasil. 2017.	Estudo descritivo e transversal (n=81 pacientes). Nível IV.	Pacientes mais espiritualizados apresentaram melhor função renal no decorrer de um ano de transplante. Esse efeito foi independente.
<i>Factors associated</i>	Gesualdo	Estudo	A religiosidade, entre

<i>with the quality of life of patients undergoing hemodialysis</i> ⁽⁴⁰⁾ .	GD, Menezes ALC, Rusa SG, Napoleão AA, Figueiredo RM, Melhado VR, et al. Brasil. 2017.	descritivo e transversal (n=101 pacientes). Nível IV.	outros, influenciou positivamente a qualidade de vida relacionada à saúde.
<i>The influence of spirituality and religiousness on suicide risk and mental health of patients undergoing hemodialysis</i> ⁽⁴¹⁾ .	Loureiro ACT, Rezende Coelho MC, Coutinho FB, Borges LH, Lucchetti G. Brasil. 2017.	Estudo descritivo e transversal (n=264 pacientes). Nível IV.	Em suma, as crenças espirituais foram associadas com menor risco de suicídio e melhor saúde mental entre pacientes com hemodiálise.

A partir da análise dos estudos selecionados e a luz da pergunta norteadora, emergiram quatro categorias temáticas, que compreenderam: 1) Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade como modalidade de enfrentamento; 2) Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade na percepção da qualidade de vida; 3) Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade à saúde mental; e, 4). Benefício da espiritualidade e/ou religiosidade na melhora da função renal pós-transplante.

DISCUSSÃO

Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade como modalidade de enfrentamento

Dentre as categorias temáticas elencadas nesta revisão, a que descreveu a espiritualidade e/ou a religiosidade como modalidade de

enfrentamento ou *coping* religioso/espiritual incluiu o maior número de artigos. Relacionou-se ao estabelecimento e fortalecimento da esperança, do apoio social e o enfrentamento da dor.

Conviver com DRC é reconhecidamente estressante e desgastante para o paciente e seus familiares. Assim, ter esperança torna-se um processo indispensável e contínuo, uma vez que contribuiu para a aceitação da nova condição imposta pela doença. Nesse contexto, a espiritualidade e a religiosidade, representadas muitas vezes pelas crenças espirituais, despontam como ferramentas de apoio e fortalecimento^(4,9).

A experiência de adoecer, quando enfrentada com esperança, faz com que o indivíduo deposite sua energia à expectativa de restituição da saúde e do bem-estar espiritual⁽⁹⁾. Esses benefícios foram evidenciados em um estudo com 127 pacientes brasileiros, renais crônicos e em tratamento hemodialítico, onde se confirmou a relação entre o nível de esperança e de espiritualidade, reforçando a necessidade de seu monitoramento e inserção no contexto do cuidado desses pacientes⁽³⁰⁾.

A utilização do *coping* religioso/espiritual em pacientes que realizam tratamento hemodialítico foi constatada como forma de enfrentar a condição de saúde, onde pacientes que consideram a religião/espiritualidade como algo importante em suas vidas apresentaram altos escores de *coping* religioso/espiritual⁽²²⁾.

Estudo qualitativo realizado com 31 pacientes norte-americanos com doença renal terminal e suas famílias apontou que as crenças religiosas trouxeram significado para suas vidas. Evidenciou ainda, a importância das práticas religiosas, incluindo a oração, a liturgia e as tradições como forma de

mantê-los conectados a Deus. Receber visitas de membros da igreja e do clero representou apoio e suporte por meio da oração conjunta e comunhão com os sacramentos⁽²³⁾. Esses achados corroboraram a outro estudo qualitativo que incluiu 16 pacientes mulheres norte-americanas com DRC em hemodiálise, onde se vinculou a espiritualidade como modalidade de aceitação, compreensão, fortalecimento e controle emocional⁽¹⁹⁾.

Embora a religiosidade e a espiritualidade sejam referidas como modalidade de enfrentamento situacional observa-se que as diferenças culturais influenciam seus significados. Assim, populações reconhecidamente mais religiosas ou espiritualizadas tendem a apresentar melhores resultados quanto a seus benefícios. Nesse contexto, um estudo qualitativo tailandês onde participaram 20 pacientes renais crônicos em hemodiálise, cujo objetivo foi investigar a influência da religião e da espiritualidade no enfrentamento da doença, apontou as práticas religiosas e espirituais como modalidade de *coping*, incluindo as explicações religiosas e espirituais para o desenvolvimento da doença, a doença cármica, mérito, oração e louvores e o ato de barganhar com os deuses por meio de promessas. Por fim, os autores associaram os resultados à religiosidade e a espiritualidade do povo tailandês⁽³⁸⁾.

Outra investigação que incluiu 58 pacientes com DRC e em hemodiálise, com objetivo de comparar as pontuações de bem-estar espiritual entre mulheres afro-americanas e caucasianas apontou que as afro-americanas obtiveram maior valor no bem-estar religioso incluindo a sensação de serem assistidas por Deus, serem auxiliadas por Ele nos momentos de solidão, possuírem um relacionamento satisfatório com Deus, sentirem-se satisfeitas com a vida e conferirem um propósito de sentido a vida. Os autores reforçam a

necessidade de se considerar as diferenças culturais na interpretação dos resultados⁽¹⁸⁾.

Acreditar que a doença é uma etapa a ser cumprida e que a vida é regida por uma força divina, traz significado à doença e ao sofrimento. Frequentemente os pacientes e seus familiares confiam o sucesso do tratamento à intervenção divina. Nesse contexto, um estudo qualitativo que contou com a participação de oito pacientes brasileiros com doença renal crônica e em diálise peritoneal identificou vários recursos utilizados pelos clientes no enfrentamento da doença e do seu tratamento, incluindo, entre outros, o refúgio na espiritualidade⁽²⁵⁾.

Os benefícios da espiritualidade e/ou da religiosidade também foram constados enquanto modalidade de *coping* no processo de transplante de rim de doador vivo em um estudo qualitativo com quatro famílias brasileiras, tanto para o paciente, como para o doador e sua família. Evidenciou-se a necessidade de cuidados físicos e emocionais a todos os envolvidos, considerando-se as potencialidades e adaptações vivenciadas, onde a espiritualidade foi um fator coadjuvante indispensável⁽³⁴⁾.

Outro estudo qualitativo realizado com 20 participantes, sendo 10 pacientes e 10 médicos, buscou conhecer a importância que ambos atribuem à religião e à espiritualidade, e sua relação com o tratamento da DRC. Para os médicos a religião representa força e conforto no enfrentamento de qualquer doença. Já os pacientes, depositam na religião a esperança de que irão melhorar. Embora o significado tenha sido distinto, ambos concordam que a religião configura um fator benéfico na vida do paciente, propiciando alívio, suporte e otimismo⁽³⁵⁾.

Entre as dificuldades enfrentadas por pacientes renais crônicos encontra-se a dor que é reconhecidamente um dos sintomas mais comuns experimentados por pessoas que recebem hemodiálise. De intensidade e tipologia variadas, a dor afeta o bem-estar e a qualidade de vida dessas pessoas⁽³¹⁾.

Nesse sentido, um estudo qualitativo que incluiu 20 pacientes tailandeses em hemodiálise, investigou como eles percebem a dor, o efeito da dor em suas vidas e como a gerenciam. Três tipos principais de dor foram identificadas: a física relacionada às punções venosas e de acesso vascular; a psicológica associada a expectativas não cumpridas e mudanças nos papéis familiares; e a social. A religião, a espiritualidade, a aceitação de dor associada ao tratamento e o suporte social foram apontados como modalidades de enfrentamento⁽³¹⁾.

O diagnóstico da doença renal crônica exerce um profundo impacto negativo na família. Nos casos onde o paciente é uma criança as repercussões são ainda mais avassaladoras. Assim, a explicação científica não é a única. Nesse contexto, a espiritualidade emerge como uma fonte de apoio. Enquanto o conhecimento científico apresenta apenas tratamentos paliativos e não curativos, a espiritualidade proporciona aos familiares sentimentos de esperança, de aceitação e/ou conforto⁽²⁰⁾.

A religião é reconhecida como fonte de apoio a família, além de ofertar conforto, acolher e conferir um ambiente propício para compartilhar experiências, onde a comunidade se mobiliza em prol da criança doente. Ainda, a religião promove a interação social e apoio entre os familiares e a sociedade⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Um estudo qualitativo com 14 participantes apontou a religião e a espiritualidade como recursos importantes para os membros da família para lidar com a doença renal crônica de crianças submetidas à diálise peritoneal, principalmente em vista de prognósticos ameaçadores. É importante que os profissionais da saúde compreendam a religião e a espiritualidade da família no processo da doença, com vista ao seu trabalho na promoção da saúde⁽¹⁹⁾.

Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade na percepção da qualidade de vida

A DRC e seus tratamentos podem influenciar as dimensões biológica, psicológica, econômica e social dos pacientes e seus familiares com potencial interferência na percepção de sua qualidade de vida. De fato, pacientes renais crônicos tendem a ter pior qualidade de vida⁽⁴²⁾. Nesse contexto, inúmeras publicações têm apontado os benefícios da religiosidade e/ou da espiritualidade nesses pacientes referente à percepção da qualidade de vida relacionada à saúde^(24,28,37).

Pessoas religiosas são mais propensas a usar estratégias de enfrentamento como meio de gerenciar seus problemas e conflitos. Assim como, possuir maior religiosidade está intrinsecamente relacionado ao senso de satisfação e bem-estar, com consequente repercussão para a melhor percepção da qualidade de vida relacionada à saúde^(24,37).

Dar um significado a vida, possuir sentimentos de pertencer ou estar conectado a um “ser superior”, ter esperança, propósito de vida e sentir-se apoiado por Deus são as formas que as pessoas religiosas ou espiritualizadas usam para lidar com o estresse durante a exposição a eventos estressantes

em sua vida^(17,29). Além disso, a espiritualidade e envolvimento religioso relacionam-se ao maior apoio social, ao desenvolvimento de estratégias para lidar com a doença, influenciando certamente sua qualidade de vida⁽²⁹⁾.

O conforto e o bem-estar que a fé vinculada à espiritualidade, a religião e as crenças pessoais proporciona ao indivíduo influencia positivamente sua maneira de viver, além de promover melhorias na saúde geral^(28,37). Investigação apontou que pacientes que praticam alguma religião apresentam melhor percepção de sua qualidade de vida em comparação aos não praticantes, possivelmente associado ao apoio e a interação social que a mesma proporciona⁽⁴⁰⁾. Resultados semelhantes foram evidenciados em outras pesquisas internacionais, a primeira composta por 362 pacientes no Irã e a segunda com 253 pacientes no Canadá, nas quais os pacientes com doença renal crônica em diálise peritoneal ou hemodiálise que possuíam alguma crença religiosa apresentaram melhor percepção da qualidade de vida relacionada à saúde^(21,27).

Estudo realizado com 168 pacientes sauditas em tratamento hemodialítico com objetivo de avaliar a influência da religiosidade e *coaching* espiritual na qualidade de vida relacionada à saúde evidenciou que a religiosidade e a espiritualidade, entre outros, foi associada a melhor percepção da qualidade de vida, principalmente entre pacientes mais velhos e desempregados⁽³⁷⁾.

Outra pesquisa com 112 pacientes brasileiros em hemodiálise apontou os benefícios da religiosidade e/ou da espiritualidade na percepção da qualidade de vida. Os autores relataram que medida que o paciente envelhece ou se torna fisicamente incapacitado, a qualidade de vida diminui e parece se

tornar mais religioso/espiritual⁽¹⁷⁾. Esse achado corrobora ao de outro estudo⁽³⁷⁾.

As pessoas se tornam mais religiosas ou espiritualizadas à medida que envelhecem possivelmente associado à necessidade de socializar-se além de dispor de mais tempo para as atividades religiosas. Ainda, a comunidade religiosa é considerada importante fonte de apoio social para as famílias, incluindo, em especial, a de pacientes desempregados. Soma-se a isso, o fato do paciente desempregado apoiar-se na esperança de conseguir uma atividade laboral, além de a fé constituir importante modalidade de enfrentamento situacional. Em contrapartida, as pessoas tendem a serem menos religiosas à medida que são mais favorecidas economicamente, entre outros⁽⁴³⁾.

Pesquisa, que avaliou a qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais em 110 pacientes brasileiros renais crônicos em hemodiálise também apontou a influência da espiritualidade e da religiosidade na qualidade de vida. Os pacientes apresentaram elevados escores, especificamente nas dimensões referentes à espiritualidade, religião e crenças pessoais⁽²⁸⁾. Resultado similar foi observado em investigação com 100 pacientes brasileiros onde o escore de espiritualidade relacionou-se positivamente com a grande maioria dos domínios referente a qualidade de vida. Ainda, foi possível identificar que quanto maior a “esperança no futuro” e a “crença de que a vida melhorou” melhor foi à percepção de saúde⁽³³⁾.

O bem-estar espiritual é conhecido como um dos principais recursos de ajuste e enfrentamento de situações estressantes, como a gestão de uma doença crônica. Nesse contexto, um estudo iraniano buscou identificar a relação entre o bem-estar espiritual e a qualidade de vida em pacientes em

hemodiálise. Participaram 95 pacientes e concluiu-se que o bem-estar religioso associou-se a melhor qualidade de vida nos domínios físico e mental⁽²⁹⁾.

A espiritualidade pode promover o ajuste psicossocial da doença, e este pode ser um mecanismo pelo qual os pacientes renais crônicos com maior bem-estar existencial possuem melhor percepção da qualidade de vida relacionada à saúde. Nesse contexto, um estudo canadense no qual participaram 253 pacientes com doença renal crônica apontou que ajuste psicossocial nos domínios de sofrimento psicológico e das relações familiares prolongadas pareceu mediar algum dos efeitos benéficos do bem-estar existencial na qualidade de vida. Contudo, os benefícios da espiritualidade na qualidade de vida dos pacientes foram independentes do ajuste psicossocial⁽²⁶⁾. Em contrapartida, outro estudo com 65 pacientes norte-americanas com doença renal terminal em hemodiálise, evidenciou as relações entre o ajuste psicossocial, o bem-estar espiritual e a auto-percepção da saúde⁽¹⁶⁾.

Por fim, a partir do exposto, evidencia-se a espiritualidade, a religião e as crenças pessoais como fatores importantes de influência referente à percepção da qualidade de vida de pacientes renais crônicos, devendo ser estabelecidas como importantes ferramentas terapêuticas e como estratégia para oferecer conforto, tranquilidade e bem-estar ao paciente e seus familiares⁽²⁸⁾.

Em suma, foi altamente recomendado integrar a religiosidade no processo de cuidados de saúde para esses pacientes, visando à obtenção de níveis globais ótimos de saúde.

Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade à saúde mental

O suicídio está intimamente relacionado à depressão e ambos são apontados como fenômenos complexos que ocasionam intenso sofrimento às pessoas acometidas, seus familiares, amigos e comunidade, além de serem considerados significativos problemas de saúde pública^(41,44).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a depressão seja responsável por 4,3% da carga global das doenças e está entre as maiores causas de incapacidade no mundo, em particular para as mulheres, enquanto o suicídio, também entendido como um problema universal, é apontado entre as principais causa de morte, representando algo em torno de 11,4 por 100.000 habitantes⁽⁴⁴⁾.

Tanto a depressão quanto o suicídio resultam da interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais, sendo importante indicador da qualidade de vida das populações^(41,44).

A depressão caracteriza-se pelo prolongamento de sintomas depressivos e variação de humor, onde a pessoa vê o mundo e a realidade de maneira alterada⁽⁴⁵⁾. Investigação apontou que pacientes com DRC e em tratamento hemodialítico apresentam maior risco de transtornos mentais, bem como, de maior risco de suicídio.⁽⁴⁶⁾ Nesse contexto, um estudo transversal que avaliou 69 pacientes submetidos à diálise concluiu que pacientes sem religiosidade apresentavam risco de suicídio oito vezes maior. Contudo, este benefício ocorreu apenas em pacientes religiosos não deprimidos⁽⁴⁷⁾.

Os mecanismos protetores da espiritualidade e/ou da religiosidade referente a esses comportamentos ofensivos à vida ainda não se encontram totalmente esclarecidos. Estudos mostram a atuação enquanto modalidade de

suporte social, ressignificação do sofrimento, esperança e conforto espiritual⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾.

A espiritualidade tem sido associada a melhor saúde mental e menor risco de suicídio em comparação a religiosidade⁽⁴¹⁾, reforçando a hipótese de abranger um conceito amplo e dinâmico norteados pela busca de significado e conforto, que não se limita apenas ao envolvimento religioso, embora também possa ser expresso por meio dele⁽⁵⁰⁾.

Em contrapartida, um estudo transversal, cujo objetivo consistiu em identificar os aspectos religiosos associados à saúde mental e a qualidade de vida em 133 pacientes brasileiros submetidos à diálise peritoneal, mostrou que a religiosidade foi inversamente associada a sintomas depressivos e, o domínio psicológico da qualidade de vida foi positivamente associado a um aumento na religiosidade, evidenciando seus benefícios⁽²⁴⁾.

Outra pesquisa com 264 pacientes submetidos à hemodiálise, cujo objetivo foi investigar a associação entre a espiritualidade e a religiosidade à presença de risco de suicídio e de problemas de saúde mental, apontou que 18% apresentavam risco de suicídio, 14% depressão e 15% transtorno de ansiedade generalizada. Os autores concluíram que as crenças espirituais, incluindo a significação, a paz e a fé, foram associadas com menor risco de suicídio e melhor saúde mental⁽⁴¹⁾.

Portanto, monitorar a saúde mental e consequentemente o risco de suicídio em pacientes renais crônicos pode minimizar sua incidência, assim como, complicações e morte. Nesse contexto, profissionais de saúde devem estar cientes e atentos da importância da prevenção como instrumento de

promoção da saúde, bem como, do fato da religiosidade e/ou da espiritualidade ter sido destacada como um possível instrumento⁽⁴⁶⁾.

Ressalta-se ainda, que a existência de depressão e risco de suicídio podem explicar ou justificar atitudes dos pacientes que são mal compreendidas e interpretadas, como a rebeldia e a falta de adesão ao tratamento, configurando-se um aliado importante no controle clínico⁽⁴¹⁾.

Por fim, torna-se explícita a vulnerabilidade dos pacientes renais crônicos, que necessitam ser consolados em sua dor em todas as dimensões, e não somente na física.

Benefício da espiritualidade e/ou religiosidade na melhora da função renal pós-transplante

Embora muitos estudos tenham apontado à influência da espiritualidade e/ou da religiosidade na prática clínica, incluindo em pacientes renais crônicos, seus benefícios enquanto variável independente ainda é escassa, assim como, seu impacto na função renal propriamente dita.

Nesse contexto, recente publicação buscou avaliar a influência da espiritualidade na função renal de pacientes transplantados renais como variável independente. Tratou-se de estudo transversal que incluiu 81 pacientes transplantados renais, entre 30 dias e 60 meses de pós-transplante, que foram acompanhados por 12 meses quanto à função renal. Possíveis variáveis de confusão foram trabalhadas e descartadas, incluindo as características clínicas, de imunossupressão, apoio social, adesão ao tratamento medicamentoso, qualidade de vida e depressão. Os resultados apontaram que a função renal ao longo de um ano foi significativamente maior

no grupo espiritualizado a partir do nono mês. Ao fim de 12 meses, a percentagem de pacientes com *clearance* de creatinina superior a 60ml/min foi significativamente maior (61,5%) no grupo espiritualizado e a análise multivariada mostrou que o grupo menos espiritualizado apresentou um risco de 4,7 vezes maior para pior função renal. Assim, foi possível concluir que pacientes mais espiritualizados apresentaram melhor função renal no decorrer de um ano de transplante, sendo esse efeito, independente. Por fim, os autores enfatizaram a necessidade de uma abordagem holística no atendimento, com ênfase no cuidado espiritual⁽³⁹⁾.

Limitações do estudo

Os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo, embora em conformidade ao recomendado na literatura, pôde de alguma forma ter limitado os achados. Por exemplo, as bases de dados consultadas incluíram a PubMed, Scopus, LILACS e SCIELO. Assim, periódicos nelas não indexados não foram selecionados. Ainda, foram excluídos artigos publicados em outros idiomas que não o inglês, português e o espanhol. Embora a língua inglesa seja utilizada na maioria dos estudos científicos, acredita-se que publicações em outros idiomas possam contribuir para ampliar os achados.

Contribuições do estudo

A principal contribuição desta revisão inclui o apontamento dos benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos. Os achados apontam para evidências da importância dessas variáveis

enquanto coadjuvadoras no tratamento da DRC, assim como, para a prática clínica. Em suma, os resultados reforçam a necessidade da inclusão da espiritualidade e/ou da religiosidade no contexto do cuidado desses pacientes e seus familiares.

CONCLUSÃO

Por meio desta investigação foi possível identificar que o número de publicações voltadas às implicações da espiritualidade e a religiosidade na prática clínica é crescente. Contudo, as publicações que compuseram esta revisão integrativa, em sua totalidade, foram classificadas em baixo nível de evidência científica, por se tratarem de estudos descritivos ou qualitativos.

Nesse contexto, o desenvolvimento de pesquisas de maior rigor metodológico, que permitam avaliar de maneira sistematizada a influência da espiritualidade e/ou da religiosidade são encorajados e urgentes, assim como, os que avaliem o impacto dos cuidados espirituais ou religiosos na prática clínica.

As implicações físicas, psicossociais e espirituais dos pacientes com DRC são bem conhecidas. Contudo, a inserção dos cuidados espirituais parecem não acompanhar a evolução científica, mesmo com seus benefícios evidenciados.

A falta de preparo dos profissionais de saúde, incluindo desde sua formação, assim como, a influência de suas crenças têm sido apontadas como dificultadores da implementação do cuidado espiritual. Embora os profissionais de saúde reconheçam a importância da espiritualidade e/ou da religiosidade para os pacientes e seus familiares, reconhecem também seu despreparo para

lidar com esse contexto. Assim, a inserção na grade curricular de cursos da saúde de disciplinas ou aulas que abordem questões voltadas a cuidados espirituais e paliativos são necessárias.

Embora seja possível mensurar a espiritualidade e/ou a religiosidade numericamente por meio de diversos instrumentos, o fato de estarem vinculadas a conceitos e significados individualizados não permitem sua generalização. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem se esforçar em conhecer a cultura e as crenças de seus pacientes, para poderem planejar e implementar intervenções voltadas ao cuidado espiritual, assim como, interpretar a influência que exerce sobre o paciente e seus familiares.

Por fim, considerando-se os diferentes contextos nos quais os estudos foram desenvolvidos, os benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade evidenciados em pacientes renais crônicos incluíram os relacionados a modalidades de enfrentamento situacional, como o fortalecimento da esperança, do apoio social e o enfrentamento da dor; os relacionados à saúde mental que incluíram o menor risco de suicídio e menos sintomas depressivos; melhora na percepção da qualidade de vida e na função renal pós-transplante.

REFERÊNCIAS

1. Romão Junior JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol. 2004 [cited 2018 Jan 20]; 26(Suppl 1):4-5. Available from: <http://www.jbn.org.br/details/1183/en-US/doenca-renal-cronica--definicao--epidemiologia-e-classificacao>
2. Bayoumi M, Harbi A, Suwaida A, Ghonaim M, Wakeel J, Mishkiry A. Predictors of quality of life in hemodialysis patients. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2013 [cited 2018 Jan 20]; 24(2):254-9. Available from: http://www.sjkdt.org/temp/SaudiJKidneyDisTranspl242254-3400413_092644.pdf
3. Sociedade Brasileira de Nefrologia [Internet]. 2016. Censo de diálise SBN 2016. [citado 2018 Jan 10]. Disponível em: http://sbn.org.br/pdf/censo_2016_publico_leigo.pdf
4. Giancarlo Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? J Bras Nefrol 2010 [cited 2018 Jan 20];32(1):128-132. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/en_v32n1a20.pdf
5. von der Lippe N, Waldum B, Brekke FB, Amro AAG, Reiaeter AV, Os I. From dialysis to transplantation: a 5-year longitudinal study on selfreported quality of life. BMC Nephrol. 2014 [cited 2018 Jan 20]; 15:191. Available from: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2369-15-191?site=bmcnephrol.biomedcentral.com>
6. Brown MA, Crail SM, Masterson R, Foote C, Robins J, Katz I, et al. ANZSN renal supportive care guidelines 2013. Nephrology. 2013 [cited 2018 Jan 20];18:401-454. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nep.12065/epdf>
7. Unterrainer HF, Lewis A. J, Fink A. Religious/Spiritual well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues. J Relig Health.

- 2014 [cited 2018 Jan 20]; 53(2):382-92. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10943-012-9642-5.pdf>
8. Koenig HG, McCullough M, Larson DB. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. New York: Oxford University Press, 2001.
 9. Zaben F, Khalifa DA, Sehlo MG, Al Shohaib S, Binzaqr SA, Badreg AM, et al. Religious involvement and health in dialysis patients in Saudi Arabia. J Relig Health. 2015 [cited 2018 Jan 20]; 54(2):713-30. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10943-014-9962-8.pdf>
 10. Borges DC, Furino FO, Barbieri MC, Souza RO, Alvarenga WA, Dupas G. The social network and support of kidney transplants. Rev Gaúcha Enferm. 2016 [cited 2018 Jan 20]; 37(4):e59519. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rngen/v37n4/en_0102-6933-rngen-1983-144720160459519.pdf
 11. Davison SN. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol. 2010 [cited 2018 Jan 20];5:195-204. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827591/>
 12. Egan, R, MacLeod R, Tiatia R, Wood S, Mountier J, Walker R. Spiritual care and kidney disease in NZ: a qualitative study with New Zealand renal specialists. Nephrology. 2014 [cited 2018 Jan 20];19:708-713. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nep.12323/epdf>
 13. Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B, Puchalski CM, et al. Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. Clin J Am Soc Nephrol 2008 [cited 2018 Jan 20];3:1620–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572290/>
 14. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005 [cited 2018 Jan 20];52(5):546-53. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.465.9393&rep=rep1&type=pdf>

15. Oxford Centre for Evidence-based Medicine: levels of evidence [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 20]. Available from: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidencemarch-2009>
16. Tanyi RA, Werner JS. Adjustment, spirituality, and health in women on hemodialysis. *Clin Nurs Res*. 2003 Ago [cited 2018 Jan 20]; 12 (3): 229-45. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1054773803253163>
17. Ko B, Khurana U, Spencer J, Scott B, Hahn H, Hammes M. Religious beliefs and quality of life in an American inner-city haemodialysis population. *Nephrol Dial Transplant*. 2007 Oct [cited 2018 Jan 20]; 22 (10): 2985-90. Available from: <https://academic.oup.com/ndt/article/22/10/2985/1831289>
18. Tanyi RA, Werner JS. Spirituality in African American and Caucasian women with end-stage renal disease on hemodialysis treatment. *Health Care Women Int*. 2007 Feb [cited 2018 Jan 20]; 28 (2): 141-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17364977>
19. Tanyi RA, Werner JS. Women's experience of spirituality within end-stage renal disease and hemodialysis. *Clin Nurs Res*. 2008 Feb [cited 2018 Jan 20]; 17 (1): 32-49. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1054773807311691>
20. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jan-Feb [citado 2018 Jan 20]; 62 (1): 100-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/15.pdf>
21. Davison SN, Jhangri GS. Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010 Nov [cited 2018 Jan 20]; 5 (11): 1969-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001767/>
22. Valcanti CC, Chaves EC, Mesquita AC, Nogueira DA, Carvalho EC. Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing

- hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Aug [cited 2018 Jan 20]; 46 (4): 838-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/08.pdf>
23. Elliott BA, Gessert CE, Larson P, Russ TE. Religious beliefs and practices in end-stage renal disease: implications for clinicians. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Sep [cited 2018 Jan 20]; 44(3):400-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392412001662>
24. Lucchetti G, Almeida LG, Lucchetti AL. Religiousness, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients. *Hemodial Int*. 2012 Jan [cited 2018 Jan 20]; 16 (1): 89-94. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1542-4758.2011.00623.x/epdf>
25. Santos FK, Valadares GV. Investigating the action and interaction strategies that patients use to cope with peritoneal dialysis. *Esc Anna Nery (impr.)* 2013 July - Sep [cited 2018 Jan 20]; 17 (3):423-431. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en_1414-8145-ean-17-03-0423.pdf
26. Davison SN, Jhangri GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage*. 2013 Feb [cited 2018 Jan 20]; 45 (2): 170-8. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0885392412002655/1-s2.0-S0885392412002655-main.pdf?_tid=04136056-027d-11e8-9aa9-00000aacb360&acdnat=1516959840_b7868414e8353a7315a10cc87d311aae
27. Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology*. 2013 [cited 2018 Jan 20]; 18(4):269-75. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nep.12041/epdf>
28. Rusa SG, Peripato GI, Pavarini SC, Inouye K, Zazzetta MS, Orlandi F. Quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of adult and elderly chronic kidney patients under hemodialysis. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 Nov-Dec [cited 2018 Jan 20]; 22 (6): 911-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/0104-1169-rlae-3595-2495.pdf>

29. Taheri Kharamé Z, Zamanian H, Foroozanfar S, Afsahi S. Religious wellbeing as a predictor for quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Glob J Health Sci.* 2014 Apr [cited 2018 Jan 20]; 6 (4): 261-9. Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/34855/20449>
30. Ottaviani AC, Souza ÉN, Drago NC, Mendiondo MS, Pavarini SC, Orlandi FS. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014 Mar-Abr [cited 2018 Jan 20]; 22 (2): 248-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00248.pdf>
31. Yodchai K, Dunning T, Savage S, Hutchinson AM, Oumtaneé A. How do Thai patients receiving haemodialysis cope with pain? *J Ren Care.* 2014 Sep [cited 2018 Jan 20]; 40(3): 205-15. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jorc.12073/pdf>
32. Martínez BB, Custódio RP. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *São Paulo Med J.* 2014 [cited 2018 Jan 20]; 132(1):23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v132n1/1516-3180-spmj-132-01-00023.pdf>
33. Malaguti I, Manfrim PB, Santos TM, Santos DCN, Napoleão LL, Silva RCR, Padulla SAT. Espiritualidade em Pacientes que realizam Hemodiálise. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2015 [cited 2018 Jan 20]; 48(4): 367-79. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00248.pdf
34. Cruz JP , Colet PC , Alquevez N , Inocian EP , Al-Otaibi RS , Islam SM. Influence of religiosity and spiritual coping on health-related quality of life in Saudi haemodialysis patients. *Hemodial Int.* 2017 Jan [cited 2018 Jan 20]; 21 (1): 125-132. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hdi.12441/epdf>
35. Souza Júnior EA, Trombini DSV, Mendonça ARA, Atzingen ACV. Religion in the treatment of chronic kidney disease: a comparison between doctors and patients. *Rev bioét (Impr).* 2015 Sep-Dec [cited 2018 Jan 20]; 23(3): 615-622.

Available from: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/en_1983-8034-bioet-23-3-0615.pdf

36. Fukushima RL, Menezes AL, Inouye K, Pavarini SC, Orlandi FS. Quality of life and associated factors in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *Acta Paul Enferm.* 2016 [cited 2018 Jan 20]; 29(5):518-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/appe/v29n5/en_1982-0194-appe-29-05-0518.pdf
37. Cruz JP, Colet PC, Qubeilat H, Al-Otaibi J, Coronel EI, Suminta RC. Religiosity and health-related quality of life: a cross-sectional study on filipino christian hemodialysis patients. *J Relig Health.* 2016 [cited 2018 Jan 20]; 55:895–908. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10943-015-0103-9.pdf>
38. Yodchai K, Dunning T, Savage S, Hutchinson AM. The role of religion and spirituality in coping with kidney disease and haemodialysis in Thailand. *Scand J Caring Sci.* 2017 June [cited 2018 Jan 20]; 31 (2): 359-367. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12355/epdf>
39. Bravin AM, Trettene AS, Cavalcante RS, Banin VB, Padula NA, Saranholi TL, et al. Influence of spirituality on renal function of kidney transplant patients. *Acta Paul Enferm.* 2017 [cited 2018 Jan 20]; 30(5):504-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/appe/v30n5/en_0103-2100-appe-30-05-0504.pdf
40. Gesualdo GD, Menezes ALC, Rusa SG, Napoleão AA, Figueiredo RM, Melhado VR, Orlandi FS. Factors associated with the quality of life of patients undergoing hemodialysis. *Texto Contexto Enferm*, 2017 [cited 2018 Jan 20]; 26(2):e05600015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/0104-0707-tce-26-02-e05600015.pdf>
41. Loureiro ACT, Rezende Coelho MC, Coutinho FB, Borges LH, Lucchetti G. The influence of spirituality and religiousness on suicide risk and mental health of patients undergoing hemodialysis. *Compr Psychiatry.* 2017 Aug [cited 2018 Jan 20]. 26;80:39-45. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X17301955>

42. Turkmen K, Yazici R, Solak Y, Guney I, Altintepe L, Yeksan M, et al. Health-related quality of life, sleep quality and depression in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Hemodial Int*. 2012 [cited 2018 Jan 20];16(2):198- 206. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1542-4758.2011.00648.x/epdf>
43. Vitorino LM, Vianna LAC. Religious/spiritual coping in institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm*. 2012 [cited 2018 Jan 20]; 25(Spe1):136–142. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/21.pdf>
44. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO: 2014[cited 2018 Jan 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
45. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 20];9:90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163615/>
46. Liu CH, Yeh MK, Weng SC, Bai MY, Chang JC. Suicide and chronic kidney disease: a case-control study. *Nephrol Dialysis Transplant* 2017 [cited 2018 Jan 20];32:1524–9. Available from: <https://academic.oup.com/ndt/article/32/9/1524/3059459>
47. Martiny C, Oliveira e Silva AC, Neto JP, Nardi AE. Factors associated with risk of suicide in patients with hemodialysis. *Compr Psychiatry* 2011 [cited 2018 Jan 20];52:465–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X10001768/pdf?md5=20ab9be91df08ad9aaea44e3b995a7f9&pid=1-s2.0-S0010440X10001768-main.pdf>
48. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res* 2016 [cited 2018 Jan 20];20:1–21. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13811118.2015.1004494?needAccess=true>

49. Bullock M, Nadeau L, Renaud J. Spirituality and religion in youth suicide attempters' trajectories of mental health service utilization: the year before a suicide attempt. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 [cited 2018 Jan 20];21:186–93. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413468/pdf/ccap21_3p0186.pdf
50. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med* 2014 [cited 2018 Jan 20];17:642–56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038982/pdf/jpm.2014.9427.pdf>

SÍNTESE

SÍNTESE

Com o intuito de articular as pesquisas desenvolvidas e buscar contribuir com o conhecimento acerca das repercussões da espiritualidade no tratamento de pacientes transplantados renais, realizo uma síntese dos dois trabalhos desenvolvidos nesta tese.

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa transversal, quantitativa, de centro único, avaliou uma amostra de conveniência de 81 transplantados renais entre 30 dias e 60 meses de pós-transplante, seguidos por 12 meses. Os pacientes foram divididos em dois grupos com base na mediana da espiritualidade: grupo espiritualizado (n=52) e menos espiritualizado (n=29). A espiritualidade foi avaliada pelo questionário de DUREL. Por fim, conclui-se que os pacientes mais espiritualizados apresentaram melhor função renal no decorrer de um ano de transplante. Ressalta-se que este efeito foi independente de características clínicas, do apoio social e da adesão à terapia imunossupressora. Assim, uma abordagem holística no atendimento, com ênfase no cuidado espiritual é encorajada.

Posteriormente, com o intuito de identificar os benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos, realizou-se uma revisão integrativa onde se evidenciaram os seguintes benefícios: os relacionados a modalidades de enfrentamento situacional como o fortalecimento da esperança, apoio social e enfrentamento da dor; os relacionados à saúde mental como o menor risco de suicídio e menos sintomas depressivos; melhora na percepção da qualidade de vida e na função renal pós-transplante.

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem se esforçar em conhecer a cultura e as crenças espirituais e religiosas dos pacientes aos seus cuidados, o que contribuirá para o planejamento e a implementação de intervenções voltadas ao cuidado espiritual, assim como, interpretar a influência que exerce sobre o paciente e seus familiares, uma vez que os benefícios evidenciados em pacientes renais crônicos são evidenciados a medida que a espiritualidade e/ou religiosidade são percebidas e fortalecidas. Assim, os profissionais de saúde podem auxiliá-los.

Embora os profissionais de saúde reconheçam a importância da espiritualidade e/ou da religiosidade para a prática clínica, reconhecem-se não preparados para inseri-las no contexto do cuidado, representando um grande desafio. Assim, estimular que os conhecimentos técnico-científicos da equipe multiprofissional sejam articulados no uso cotidiano do trabalho, pode favorecer esse contexto.

Espera-se que os resultados firmados a partir desta tese possam subsidiar discussões acerca da assistência bio-psico-social-espiritual do paciente transplantado renal, além de suscitar novas pesquisas no intuito de expandir os conhecimentos.

ANEXOS

ANEXO I - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Espiritualidade e Impacto na função renal e aderência a medicação em transplantados renais

Pesquisador: Ariane Moysés Bravin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20869413.8.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 417.356

Data da Relatoria: 07/10/2013

Apresentação do Projeto:

Problema da pesquisa: A religiosidade e espiritualidade melhora a função renal em transplantados renais? E melhoram sintomas depressivos, de ansiedade, bem como o suporte social e a qualidade de vida?

Trata-se de estudo para avaliar o efeito da religiosidade/espiritualidade sobre a função renal e adesão a terapia medicamentosa em transplantados renais e sobre outras situações que podem afetar o paciente. Do total de 480 pacientes transplantado renais acompanhados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, serão estudados cerca de 400, considerando-se os critérios de exclusão apresentados.

Esses pacientes serão submetidos a 6 questionários - já consagrados na literatura médica - na entrevista inicial realizada no dia da consulta [1- Questionário para avaliação da espiritualidade de DUREL; 2- Inventário de depressão de Beck; 3- Inventário de Ansiedade Traço e Estado de IDATE; 4- Inventário de apoio social de MOS; 5- Questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref; 6- Questionário de Adesão a Terapia Imunossupressora de Basel (BAASIS)].

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP **Município:** BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capeliup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 417.358

A partir do questionário nr. 1 (Avaliação espiritualidade DUREL) haverá divisão em 02 grupos: Grupo pouco espiritualizado e Grupo espiritualizado.

Serão feitas comparações de parâmetros clínicos e função renal a intervalos regulares de 3 meses nos diferentes grupos. Serão também feitas comparações entre os grupos das demais escalas de depressão, ansiedade, apoio social, qualidade de vida e adesão a terapia imunossupressora. Os dados serão avaliados estatisticamente.

Crterios de Inclusão e exclusão: Serão incluídos os pacientes maiores de 18 anos e com tempo de transplante superior a 30 dias e excluídos os Incapazes de compreender os questionários e com Insuficiência Renal Aguda.

Cronograma: Início em dezembro/2013 e término em dezembro/2016.

Custo estimado em R\$ 580,00 tendo como fonte de financiamento Outros.

Objetivo acadêmico: Não consta

Orientadora: Regina Cella Popim

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo primário avaliar a influência da espiritualidade na função renal em pacientes transplantado renais no período de 12 meses e como secundários avaliar o impacto da religiosidade/espiritualidade nos parâmetros de adesão a terapia medicamentosa; avaliar o impacto de sintomas depressivos, escala de ansiedade, escala de qualidade de vida e escala de apoio social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação no estudo não implica em nenhum risco adicional ao seguimento no pós-transplante.

Benefícios: O conhecimento da possível influência que a espiritualidade exerce sobre a função renal após o transplante, além da influência sobre outros aspectos como: ansiedade, depressão, suporte social, qualidade de vida e uso correto das medicações.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 417.355

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os itens e informações necessárias à avaliação ética foram descritos adequadamente e apresentados os termos e declarações exigidos, informações sobre os sujeitos de pesquisa, bem como os riscos e benefícios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos, declarações e autorizações obrigatórias foram apresentados e estão adequados.

O TCLE está adequado e foi feito na forma de convite, contém todas as informações necessárias, é de fácil entendimento, direto e objetivo.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de Pesquisa de tema relevante.

A metodologia mostra-se adequada aos objetivos propostos e não há risco aos sujeitos da pesquisa. Está adequado no que preceitua a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o TCLE é claro, objetivo e de fácil entendimento. Dessa forma, o Projeto pode ser aprovado, sem necessidade de envio ao Conep.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 07 de outubro de 2013, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao Final deste projeto os pesquisadores devem encaminhar ao CEP o respectivo Relatório Final de Atividades.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capelup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 417.355

BOTUCATU, 07 de Outubro de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXO II–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO “Espiritualidade e Impacto na função renal e aderência a medicação em transplantados renais”

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada: “Espiritualidade e Impacto na função renal e aderência a medicação em transplantados renais”, que pretende avaliar a influência da espiritualidade na função do rim e aderência ou uso correto das medicações no transplante renal no período de 12 meses.

O senhor(a) foi selecionado(a) a participar dessa por se enquadrar nos critérios de inclusão, que são: idade maior que 18 anos e transplante renal há mais de 1 mês.

A pesquisa consta de seis questionários, que possuem perguntas relacionadas a aspectos de sua vida pessoal como: espiritualidade, depressão, ansiedade, apoio social, qualidade de vida e aderência às medicações. As perguntas serão realizadas somente pelo pesquisador, duram cerca de 30 minutos e serão aplicadas antes ou após sua consulta de rotina no pós-transplante renal. As suas respostas serão registradas em papel e arquivadas para a análise do trabalho.

Além disso, a pesquisa também consta de coleta dos dados de seu prontuário médico como resultado de exames de laboratoriais como: potássio, uréia, creatinina, dosagem do imunossupressor e outros exames relacionados a esses, trimestralmente pelo período de 12 meses.

O conhecimento dessas características permitirá avaliar a possível influência que a espiritualidade exerce sobre a função renal após o transplante, além de também avaliar a influência de outros aspectos como: ansiedade, depressão, suporte social, qualidade de vida e uso correto das medicações.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir em seu tratamento, nem trazer nenhum tipo de prejuízo a você. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum problema.

É garantido total sigilo do seu nome, dados informados nos questionários e resultados de exames, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Pesquisador: Ariane Moysés Bravin, tel: 14-99727-7371

Assinatura: _____

Orientadora: Regina Célia Popim, tel.: 14-38801309

Assinatura: _____

End. Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, s/n, Distrito de Rubião Junior, Botucatu, SP. Fone: (14) 38801309 E-mail: rpapim@uol.com.br

Anexo III - Índice de Religiosidade da Universidade Duke – Escala de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

1	Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? 1. Mais do que uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. Duas a três vezes por mês 4. Algumas vezes por ano 5. Uma vez por ano ou menos 6. Nunca	A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você:	
2	Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos? 1. Mais do que uma vez ao dia 2. Diariamente 3. Duas ou mais vezes por semana 4. Uma vez por semana 5. Poucas vezes por mês 6. Raramente ou nunca	3	Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo). 1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade
		4	As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver. 1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade
		5	Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida. 1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade

Escore Religiosidade Não-Organizacional (Q1): _____

Escore Religiosidade Organizacional (Q2): _____

Escore Espiritualidade (Q3 + Q4 + Q5): _____

ANEXO IV - Escala de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer ideias de me matar 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

			3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
--	--	--	---

13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

Escore Total (Somatórios das Questões) Beck: _____

ANEXO V - Escala de Ansiedade Traço e Estado**IDATE-E (Estado)**

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número a direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

IDATE-E (Estado) Absolutamente não=01 Um pouco=02 Bastante=03 Muitíssimo=04				
1- Sinto-me calmo	1	2	3	4
2- Sinto-me seguro	1	2	3	4
3- Estou Tenso	1	2	3	4
4- Estou arrependido	1	2	3	4
5- Sinto-me a vontade	1	2	3	4
6- Sintom-me perturbado	1	2	3	4
7- Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8- Sinto-me descansado	1	2	3	4
9- Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10- Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11- Sinto-me confiante	1	2	3	4
12- Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13- Estou agitado	1	2	3	4
14- Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15- Estou descontraído	1	2	3	4
16- Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17- Estou preocupado	1	2	3	4
18- Sinto-me super excitado e confuso	1	2	3	4
19- Sinto-me alegre	1	2	3	4
20- Sinto-me bem	1	2	3	4

Escore Total IDATE-E: _____

(5-Q1)+(5-Q2)+Q3+Q4+(5-Q5)+Q6+Q7+(5-Q8)+Q9+(5-Q10)+(5-Q11)+Q12+Q13+Q14+(5-Q15)+(5-Q16)+Q17+Q18+(5-Q19)+(5-Q20)

IDATE-T (Traço)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número a direita que melhor indicar como você se sente na maior parte das vezes. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

IDATE-T (Traço)				
Quase nunca=01 As vezes=02 Frequentemente=03 Quase Sempre=04				
1- Sinto-me bem	1	2	3	4
2- Canso-me facilmente	1	2	3	4
3- Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4- Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5- Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6- Sinto-me descansado	1	2	3	4
7- Sinto-me calmo, poderoso e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8- Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9- Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10- Sou feliz	1	2	3	4
11- Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12- Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13- Sinto-me seguro	1	2	3	4
14- Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15- Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16- Estou satisfeito	1	2	3	4
17- As vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-se preocupando	1	2	3	4
18- Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19- Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20- Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

Escore Total IDATE-T: _____

$$(5-Q1)+Q2+Q3+Q4+Q5+(5-Q6)+(5-Q7)+Q8+Q9+(5-Q10)+Q11+Q12+(5-Q13)+Q14+Q15+(5-Q16)+Q17+Q18+(5-Q19)+Q20$$

ANEXO VI - Questionário de apoio social (MOS)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Se você precisar, com que frequência conta com alguém que...

1 ("nunca"); 2 ("raramente"); 3 ("às vezes"); 4 ("quase sempre") e 5 ("sempre").

Material	01. Que o ajude, se ficar de cama?	1	2	3	4	5
	02. Para levá-lo ao médico?	1	2	3	4	5
	03. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	1	2	3	4	5
	04. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	1	2	3	4	5
Afetivo	05. Que demonstre amor e afeto por você?	1	2	3	4	5
	06. Que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5
	07. Que você ame e que faça você se sentir querido?	1	2	3	4	5
	08. Que demonstre amor e afeto por você?	1	2	3	4	5
Emocional	09. Para ouvi-lo, quando você precisar falar?	1	2	3	4	5
	10. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1	2	3	4	5
	11. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	1	2	3	4	5
	12. Que compreenda seus problemas?	1	2	3	4	5
	13. Para dar bons conselhos em situações de crise?	1	2	3	4	5
	14. Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?	1	2	3	4	5
	15. De quem você realmente quer conselhos?	1	2	3	4	5
	16. Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	1	2	3	4	5
Interação Social Positiva	17. Com quem fazer coisas agradáveis?	1	2	3	4	5
	18. Com quem distrair a cabeça?	1	2	3	4	5
	19. Com quem relaxar?	1	2	3	4	5
	20. Para se divertir junto?	1	2	3	4	5

Domínio	Fórmula	Escore
Material	$(Q1+Q2+Q3+Q4)*5$	
Afetivo	$(Q5+Q6+Q7+Q8)*5$	
Emocional	$(Q9+Q10+Q11+Q12+Q13+Q14+Q15+Q16)*2,5$	
Interação Social Positiva	$(Q17+Q18+Q19+Q20)*5$	

ANEXO VII - Avaliação Qualidade de Vida (WHOQOL) –BREF

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de	1	2	3	4	5

	aceitar sua aparência física?					
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito Satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a)	1	2	3	4	5

	você está com o seu meio de transporte?					
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

		Equações para os domínios	Escore	Escore Transformados	
				4-20	0-100
27	Domínio 01 (Físico)	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\uparrow \square + \square \square + \square + \square \square + \square \square + \square \square + \square \square$	$a. = \text{Total}/7$	$b: a*4$	$c: (b-4)*6,25$
28	Domínio 02 (Psicológico)	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square \square + \square + \square + \square + \square \square + \square \square$	$a. = \text{Total}/6$	$b: a*4$	$c: (b-4)*6,25$
29	Domínio 03 (Relações Sociais)	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square \square + \square + \square$	$a. = \text{Total}/3$	$b: a*4$	$c: (b-4)*6,25$
30	Domínio 04 (Meio Ambiente)	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square \square + \square \square + \square \square + \square \square + \square \square + \square \square$	$a. = \text{Total}/8$	$b: a*4$	$c: (b-4)*6,25$

ANEXO VIII - Escala Basel de Aderência a Medicamentos Imunossupressores (BAASIS)

Versão Português

1) Você se lembra de NÃO ter tomado seus remédios imunossupressores (dê o nome dos remédios) alguma vez nas últimas 4 semanas?	() Nunca	0
	() Uma vez no mês	1
	() A cada duas semanas	2
	() Toda semana	3
	() Mais de uma vez por semana	4
	() Todo dia	5
2) Você deixou de tomar varias doses consecutivas de sua medicação imunossupressora nas 4 últimas semanas?	() Nunca	0
	() Uma vez no mês	1
	() A cada duas semanas	2
	() Toda semana	3
	() Mais de uma vez por semana	4
	() Todo dia	5
3) Você se lembra de ter tomado seus remédios imunossupressores com mais de 2 horas de diferença em relação ao horário prescrito, nas últimas 4 semanas?	() Nunca	0
	() Uma vez no mês	1
	() A cada duas semanas	2
	() Toda semana	3
	() Mais de uma vez por semana	4
	() Todo dia	5
4) Você tomou uma dose menor do que a dose prescrita <i>pelo</i> seu médico nas últimas 4 semanas?	() Nunca	0
	() Uma vez no mês	1
	() A cada duas semanas	2
	() Toda semana	3
	() Mais de uma vez por semana	4
	() Todo dia	5

Escala de Não Aderência de Basel (somatório total): _____