



Enfrentamento do *coping* religioso e esperança na doença renal crônica: estudo controlado randomizado*

Religious coping and hope in chronic kidney disease:
a randomized controlled trial

Estrategias de afrontamiento religioso y de esperanza en la enfermedad renal crónica:
estudio controlado randomizado

Como citar este artigo:

Eloia SMC, Ximenes MAM, Eloia SC, Galindo Neto NM, Barros LM, Caetano JA. Religious coping and hope in chronic kidney disease: a randomized controlled trial. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20200368. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0368>

-  Suzana Mara Cordeiro Eloia¹
-  Maria Aline Moreira Ximenes¹
-  Sara Cordeiro Eloia¹
-  Nelson Miguel Galindo Neto²
-  Lívia Moreira Barros³
-  Joselany Áfio Caetano¹

* Extraído da dissertação “Efeitos da prece sobre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: ensaio clínico randomizado”, Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

¹ Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Departamento de Enfermagem, Pesqueira, PE, Brasil.

³ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Departamento de Enfermagem, Redenção, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of prayer on religious/spiritual coping and on the hope of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. **Method:** Randomized, controlled and blinded clinical trial, carried out in a dialysis unit, with a total of 62 patients undergoing hemodialysis – 31 participants in intervention group and 31 in the control group. Intercession prayer was applied three times, in alternate weeks, during hemodialysis sessions. Differences between groups in the outcome of the effect of prayer on religious/spiritual coping and hope were analyzed. **Results:** Participants used positive coping at high mean scores in both groups (control – 3.62 and intervention – 3.26) and negative coping had little use (control – 1.66 and intervention – 1.47). The use of total coping was between 2.35 and 2.48 in the intervention group ($p = 0.015$). Hope variables were better in the intervention group: optimism ($p = 0.001$), short- and long-term plans ($p = 0.004$), remembering happy moments ($p = 0.039$) and valuing life ($p = 0.050$). **Conclusion:** The use of prayer promotes an increase in religious/spiritual coping and hope. Brazilian Registry of Clinical Trials: RBR-4pphkf.

DESCRIPTORS

Renal Insufficiency; Renal Dialysis; Spirituality; Nephrology Nursing.

Autor correspondente:

Maria Aline Moreira Ximenes
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo
60430-160 – Fortaleza, CE, Brasil
aline.ximenes11@hotmail.com

Recebido: 17/08/2020
Aprovado: 09/04/2021

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada importante problema de saúde, cuja incidência está em ascensão nos últimos anos. No Brasil, em 2017, o total de pacientes com DRC foi estimado em 126.583, o que representa aumento de 3% dos casos, comparado ao ano anterior⁽¹⁾.

A lesão renal progressiva e irreversível em seu estágio mais avançado requer tratamento substitutivo e, atualmente, a hemodiálise é o mais utilizado. No entanto, esse processo pode tornar-se uma experiência difícil para o paciente devido às inúmeras mudanças de hábitos, às restrições recomendadas e à dependência do acompanhamento clínico⁽²⁾. Diante dessas condições, os indivíduos são mais susceptíveis ao isolamento, à ansiedade e à depressão, o que pode influenciar negativamente no tratamento⁽³⁾.

É importante considerar que o profissional de saúde deve estar sensível a tal problemática, sabendo identificar quais estratégias de enfrentamento o paciente possui e que podem ser estimuladas. Estudos relatam que a espiritualidade e o envolvimento religioso são mecanismos utilizados por pessoas com DRC para melhorar felicidade, bem-estar e qualidade de vida, além da associação com taxas mais baixas de depressão e suicídio^(2,3). Nessa perspectiva, a prática de atividades religiosas para enfrentar situações estressantes da vida está relacionada ao *Coping* Religioso/Espiritual (CRE). Ao utilizar recursos religiosos para esse fim, o paciente dispõe do *coping* religioso.

CRE é definido como o modo como os indivíduos utilizam a fé para lidar com problemas e situações estressantes, assim como, para prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas dessas circunstâncias⁽⁴⁾. Algumas definições de *coping* religioso não abordam especificamente a espiritualidade. Entretanto, esta experiência configura-se como importante mecanismo de enfrentamento⁽⁵⁾, pois pode servir de suporte terapêutico e como elemento importante no cuidado à pessoa. A prece é uma das experiências capazes de proporcionar melhora no CRE de pacientes com DRC. Estudo clínico apontou que essa atividade espiritual é eficiente para melhorar a esperança, reduzir a ansiedade e os parâmetros vitais durante o tratamento hemodialítico⁽⁶⁾.

Logo, ao compreender como a espiritualidade influencia a vida de pacientes em hemodiálise, os profissionais podem fundamentar intervenções terapêuticas com intuito de proporcionar qualidade de vida, apesar da DRC e do tratamento. No entanto, ainda são limitadas as evidências sobre os benefícios de tais práticas nos pacientes com perfil supracitado.

Nesse contexto, este estudo teve o objetivo de avaliar o efeito da prece no *coping* religioso/espiritual e na esperança de pacientes com DRC em tratamento hemodialítico.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo experimental do tipo Ensaio Clínico Randomizado (ECR), controlado e cego. A prece foi considerada como intervenção de saúde e foi aplicada no Grupo Intervenção (GI) no decorrer das sessões de hemodiálise,

durante cinco semanas de acompanhamento. Seu efeito foi comparado com Grupo Controle (GC), que recebeu os cuidados de rotina oferecidos pelos profissionais da instituição.

POPULAÇÃO

Os participantes foram recrutados de setembro a dezembro de 2018 em Unidade de Diálise de um hospital público no Nordeste do Brasil. A população do estudo foi representada por 245 pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise na instituição supracitada durante o período de coleta de dados. Para amostra, foram incluídos aqueles que atenderam aos seguintes critérios: idade superior a 18 anos; alfabetizados; clinicamente estáveis; orientados quanto ao tempo e com pontuação mínima exigida no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), de acordo com seu grau de escolaridade⁽⁷⁾. Foram excluídos pacientes com surdez, condição que impossibilitaria a escuta da prece com auxílio de fones de ouvido, com limitações de fala e uso de ansiolíticos, em até 24 horas, antes da intervenção.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi estimada de acordo com a fórmula para estudos de ensaio clínico com desfecho contínuo⁽⁸⁾. Portanto, foram alocados 31 pacientes renais crônicos no GI e 31 pacientes no GC, o que totalizou amostra de 62 indivíduos, considerando a possível ocorrência de perdas. A mesma quantidade de participantes nos dois grupos objetivou contribuir para a realização da análise de dados de forma pareada.

Ocorreu a randomização por conglomerado, na qual os participantes não foram alocados individualmente, mas em grupos, sendo distribuídos no GC (com hemodiálise agendada nos dias de segunda, quarta e sexta) e GI (submetidos à hemodiálise nas terças, quintas e sábados). Dessa forma, ocorreu randomização dos dois grupos de pacientes, o que possibilitou redução de encontros entre eles e possível contaminação da amostra. Para alocação, pré-definiu-se que o número 1 seria atribuído ao GC e o número 2 ao GI. Posteriormente, no website randomizer.org, foi realizada a geração de sequência aleatória dos números 1 e 2. Assim, definiu-se que os pacientes do primeiro grupo pertenceriam ao GC e os do segundo seriam alocados no GI.

Em visita ao cenário do estudo, que antecedeu a coleta de dados, a coordenação do serviço e a enfermeira diarista recomendaram que o melhor momento para o primeiro contato com os participantes seria no início da manhã, pois a rotina do serviço levava o ambiente a possuir mais distratores com o passar das horas, o que poderia culminar em prejuízo de atenção dos participantes ao conteúdo apresentado e prejudicar sua adesão à pesquisa. Por essa razão, a seleção dos participantes considerou a ordem cronológica de realização da hemodiálise: os participantes que integraram o GC foram os 31 primeiros que, enquadrados nos critérios de seleção, chegaram para realizar a hemodiálise, na primeira segunda-feira de coleta de dados; da mesma forma, os participantes que compuseram o GI foram os 31 primeiros que, dentro dos critérios de seleção, realizaram a hemodiálise na primeira terça-feira de coleta de dados.

No percurso metodológico utilizado, o pesquisador (aplicador da prece) reconheceu a alocação dos pacientes no GC e GI. Porém, o mascaramento ocorreu com os participantes e o estatístico da pesquisa.

COLETA DE DADOS

A intervenção aplicada neste estudo foi a prece de intercessão. Elaborada partir do Salmo 139, a prece constitui oração cristã, sem ligação a nenhuma crença religiosa específica, invocação de santos ou santidades.

A prece foi gravada em áudio na voz de um músico com boa dicção e avaliado por uma fonoaudióloga. Com duração de seis minutos e um segundo, a melodia da prece foi trabalhada utilizando som de violão. O áudio foi salvo em aparelhos celulares, que permaneciam em modo avião durante a realização da intervenção. A escuta ocorreu por meio de fones de ouvido, disponibilizados ao paciente junto com gorro descartável, para garantir proteção individual.

A prece foi aplicada três vezes com os pacientes, durante semanas alternadas, no decorrer das sessões de hemodiálise. Dessa forma, cada paciente foi acompanhado durante cinco semanas.

Antes de iniciar a intervenção, o paciente era convidado a se posicionar de maneira confortável, sentado ou deitado, com os olhos fechados, de forma a promover momento de concentração pessoal. O número de aplicações da prece e o tempo acompanhado em cada paciente foi determinado com base na pesquisa de Brasileiro et al. (2017)⁽⁶⁾, que avaliou o efeito da prece sobre os parâmetros vitais, verificando resultados significativos na redução dos valores. O desfecho primário foi medido por meio da escala *Coping* religioso-espiritual breve (CRE-breve)⁽⁴⁾ e o desfecho secundário foi mensurado pela escala de Esperança de Herth (EEH)⁽⁹⁾.

As etapas de coleta de dados foram semelhantes para os grupos controle e intervenção, diferindo apenas na aplicação da prece para o GI e os cuidados de rotina da instituição para o GC. No momento pré-intervenção (M0), foi identificado o perfil dos participantes, por meio de questionários, que incluíram caracterização sociodemográfica, clínica e espiritual. Posteriormente, foram aplicadas as escalas CRE-breve e EEH. Na terceira semana (M1), foi utilizada apenas a escala de EEH e, na quinta semana (M2), foram empregadas as escalas CRE-breve e EEH.

Ambas as escalas apresentavam forma Likert. O parâmetro utilizado para análise dos valores das médias de CRE-breve foram os seguintes: nenhuma ou irrisória (1,00 a 1,50), baixa (1,51 a 2,50), média (2,51 a 3,50), alta (3,51 a 4,50) e altíssima (4,51 a 5,00)⁽⁴⁾. A escala EEH varia de 12 a 48, em que quanto maior o escore mais alto é o nível de esperança⁽⁹⁾.

Os indivíduos do GC receberam a mesma abordagem da primeira etapa, composta da aplicação de todos os instrumentos no momento zero (M0), porém, não receberam a intervenção. Apenas seguiram com os cuidados de rotina do hospital e, após tempo igual ao utilizado para avaliar o GI, foram aferidos os resultados do CRE-breve e da EEH.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados das características sociodemográficas, clínicas e espirituais, bem como os dados referentes às escalas *Coping* religioso/espiritual e EEH, foram organizados em planilha eletrônica por meio do programa Microsoft Office Excel 2013. Em seguida, foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics, versão 25, para análise estatística entre os indivíduos do mesmo grupo e entre os GC e GI. Os dados foram organizados em tabelas com frequências absolutas e percentuais.

O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%. Para avaliar a normalidade dos dados contínuos e definir a escolha do teste paramétrico ou não paramétrico, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Os resultados demonstraram rejeição da hipótese nula, indicando que os dados apresentaram distribuição não normal.

Foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para verificar as diferenças entre proporções e diferenças entre variáveis categóricas⁽¹⁰⁾. Para a comparação entre o GI e o GC, foi utilizado o teste Mann-Whitney para duas amostras independentes. O teste de Friedman foi utilizado para comparar os dados intragrupos nos três momentos de coleta de dados.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o parecer nº 2.890.991, no ano de 2018, seguindo os preceitos da Resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas com seres humanos. Após aprovação, foi registrado na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos, sob número RBR-4pphkf. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram aleatoriamente designados 64 pacientes: 32 no GI e 32 no GC. Houve perda de seguimento devido à instabilidade clínica e ao desinteresse em participar da pesquisa. Dessa forma, resultaram 62 pacientes, alocados em ambos os grupos. Para esclarecer a randomização e alocação dos participantes nos grupos, foi construído fluxograma adaptado do protocolo CONSORT⁽¹¹⁾, conforme descrito na Figura 1.

O sexo masculino foi predominante, com frequência de 67,7% (21) no GC e 61,3% (19) no GI. A idade média dos participantes do GC foi 45,8 ($\pm 15,1$) anos, enquanto no GI foi de 47,3 ($\pm 17,1$). Quanto aos anos de estudo, a média no GC foi de 8,6 ($\pm 4,2$) anos, e no GI a média correspondeu a 8,8 ($\pm 4,8$) anos.

A maioria desses pacientes relatou morar com companheiro(a): 74,2% (23) no GC e 54,8% (17) no GI. Com relação à procedência, a maioria dos pacientes morava em cidades circunvizinhas a Sobral: 83,9% (26) no GI e 77,4% (24) no GC. Ao avaliar a situação ocupacional, 51,6% (16) dos pacientes de ambos os grupos recebiam o benefício do auxílio doença. A renda familiar predominante nos dois grupos foi um salário mínimo, com 45,2% (14) no

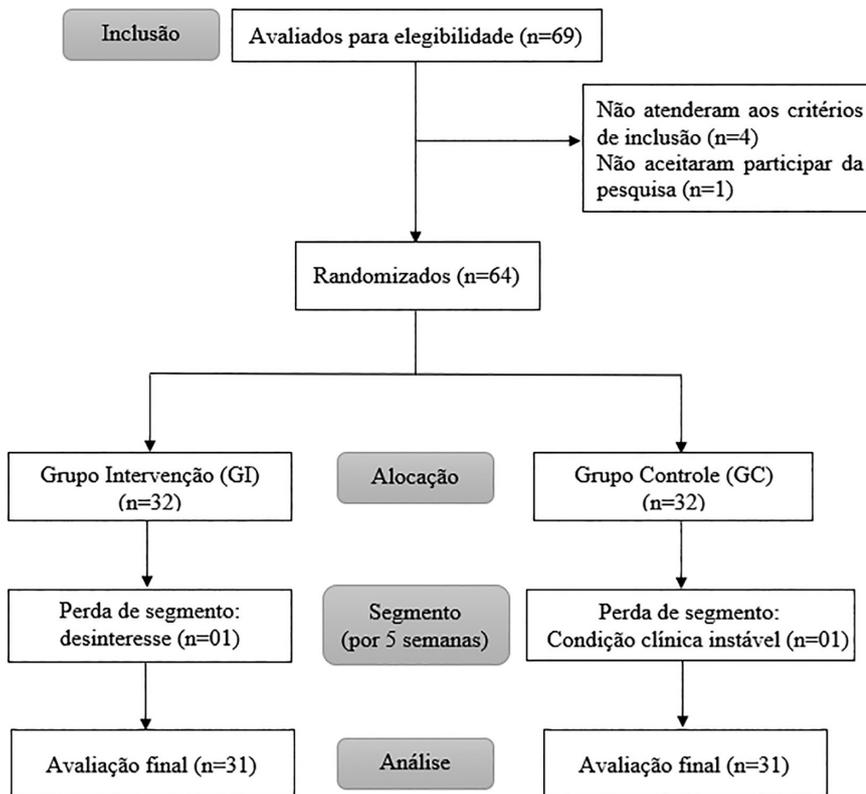


Figura 1 – Fluxograma CONSORT de desenvolvimento da pesquisa.

GC e 64,5% (20) no GI. Com base nas características dos participantes, foi possível constatar a homogeneidade dos grupos GC e GI, sendo possível fazer comparações.

A distribuição da amostra dos participantes no GC e GI segundo cada item da EEH está demonstrada na Tabela 1.

Esses resultados correspondem ao primeiro momento (M0) pré-intervenção. É possível observar que ambos os

grupos são homogêneos no M0 em relação à esperança, pois as médias de todas as questões da escala são semelhantes.

A Tabela 2 apresenta a descrição e a comparação dos grupos durante os três momentos (M0, M1, M2) pós-intervenção, conforme a EEH.

Com relação aos itens avaliados pela EEH nos três momentos, observou-se, na Tabela 2, que ambos os grupos

Tabela 1 – Comparação das médias e desvio padrão das respostas em cada afirmativa da EEH no primeiro momento (M0) – Sobral, CE, Brasil, 2019.

Variáveis	M0				p [†]
	Controle		Intervenção		
	Média	DP	Média	DP	
1. Eu estou otimista quanto à vida	3,65	0,755	3,68	0,541	0,706
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos	3,48	0,890	3,26	1,064	0,391
3. Eu me sinto muito sozinho(a)	3,45	0,810	3,52	0,926	0,522
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades	3,39	0,919	3,61	0,667	0,362
5. Eu tenho uma fé que me conforta	3,90	0,301	3,97	0,180	0,305
6. Eu tenho medo do meu futuro	3,52	0,811	3,29	1,101	0,652
7. Eu posso lembrar de tempos felizes e prazerosos	3,71	0,461	3,71	0,783	0,305
8. Eu me sinto muito forte	3,55	0,675	3,77	0,425	0,155
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	3,87	0,341	3,87	0,341	1,000
10. Eu sei aonde quero ir	3,65	0,709	3,81	0,477	0,340
11. Eu acredito no valor de cada dia	3,87	0,341	3,90	0,301	0,691
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	3,94	0,250	3,84	0,374	0,232

[†]Teste de Mann Whitney.

Tabela 2 – Comparação das respostas em cada afirmativa da EEH no primeiro, segundo e terceiro momentos (M0, M1, M2) – Sobral, CE, Brasil, 2019.

Variáveis	Controle			p [†]	Intervenção			p [†]
	M0	M1	M2		M0	M1	M2	
1. Eu estou otimista quanto à vida	3,74	3,71	3,87	0,097	3,71	3,74	3,97	0,001
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos	3,42	3,42	3,61	0,027	3,35	3,48	3,74	0,004
3. Eu me sinto muito sozinho(a)	3,65	3,65	3,74	0,717	3,42	3,58	3,74	0,178
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades	3,32	3,32	3,68	0,011	3,55	3,71	3,74	0,273
5. Eu tenho uma fé que me conforta	3,94	3,94	4,00	0,368	3,94	3,90	4,00	0,097
6. Eu tenho medo do meu futuro	3,58	3,58	3,87	0,103	3,23	3,45	3,42	0,310
7. Eu posso lembrar de tempos felizes e prazerosos	3,68	3,71	3,90	0,030	3,71	3,87	3,90	0,039
8. Eu me sinto muito forte	3,39	3,65	3,77	0,009	3,77	3,71	3,90	0,135
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	3,94	3,97	3,97	0,779	3,87	3,94	3,97	0,097
10. Eu sei aonde quero ir	3,87	3,84	3,84	0,882	3,84	3,90	3,97	0,091
11. Eu acredito no valor de cada dia	3,87	3,97	3,97	0,050	3,87	3,94	4,00	0,050
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	3,87	3,94	3,94	0,368	3,87	3,94	4,00	0,050
Escore Total da Escala de Herth	44,26	44,68	46,16	0,001	44,13	45,16	46,35	0,000

[†]Teste de Friedman.

Tabela 3 – Comparação intra e intergrupos (GC e GI) das medianas do coping religioso/espiritual nos dois momentos (M0 e M2) – Sobral, CE, Brasil, 2019.

Coping Religioso/Espiritual	M0		p [†]	M2		p [†]	M2-M0*	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
CRE Total	2,57	2,35	0,418	2,64	2,48	0,116	0,001	0,015
CRE Positivo (CREP)	3,17	2,94	0,294	3,62	3,26	0,105	0,000	0,000
CRE Negativo (CREN)	1,70	1,63	0,668	1,66	1,47	0,451	0,269	0,258
Razão CREN/CREP	0,54	0,575	0,569	0,48	0,500	0,773	0,000	0,000

[†]Teste Mann Whitney; *Teste de Wilcoxon.

apresentaram melhora na média dos escores nos itens “Eu tenho planos a curto e longo prazos”, “Eu posso lembrar de tempos felizes e prazerosos” e “Eu acredito no valor de cada dia”.

O GC apresentou significância estatística nos itens “Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades” ($p = 0,011$) e “Eu me sinto muito forte” ($p = 0,009$). Já o GI teve aumento significativo nas questões “Eu estou otimista quanto à vida” ($p = 0,001$) e “Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade” ($p = 0,050$). O nível de esperança dos pacientes do GC teve média de 44,26 escores no M0, sendo, no M2, 46,16 ($p = 0,001$). O GI também teve melhora no nível de esperança, em que a média foi de 44,13 para 46,35 pontos ($p = 0,000$).

As medianas dos valores de CRE total tiveram melhora significativa tanto no GC como no GI, como pode ser observado na Tabela 3. A média da razão CREN/CREP do GC foi de 0,540 para 0,48 ($p = 0,000$). Já no GI, a média teve a variação de 0,575 para 0,500 ($p = 0,000$).

Na Tabela 4, ao se comparar os momentos M2 x M0, é possível identificar melhora significativa no comportamento dos participantes do GC e GI quanto ao uso de estratégias

negativas, como ter uma reavaliação negativa de Deus (N1) e apresentar insatisfação com o outro institucional (N4).

DISCUSSÃO

Neste estudo, o uso da prece foi estratégia importante de fortalecimento do CRE entre os participantes. Dessa forma, ao prestar cuidado em saúde considerando a espiritualidade do indivíduo, é possível impulsionar a superação das dificuldades e dos sofrimentos impostos pela DRC⁽¹²⁾.

Sobre os níveis de esperança por meio da EEH, constatou-se que, no momento pré-intervenção, os grupos estavam homogêneos e, após o uso da prece, houve melhora significativa em ambos os grupos. No GI, as variáveis relacionadas ao otimismo, planos a curto e longo prazo, lembrança de momentos felizes e valorização da vida apresentaram melhores escores.

Corroborando esses achados, estudo realizado em Portugal com cuidadores de pessoas em cuidados paliativos constatou que os maiores níveis de esperança estão relacionados a recordar tempos felizes e agradáveis, com média de 3,57, e ter objetivos a curto e longo prazo, com

Tabela 4 – Comparação intra e intergrupos (GC e GI) dos fatores negativos e positivos do *coping* religioso/espiritual nos dois momentos (M0 e M2) avaliados – Sobral, CE, Brasil, 2019.

Variáveis CRE	M0		P [†]	M2		P [†]	M2-M0*	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
Fatores negativos								
N1 – Reavaliação negativa de Deus	1,00	1,00	0,654	1,00	1,00	0,535	0,025	0,007
N2 – Posicionamento negativo frente a Deus	2,33	2,66	0,404	2,33	2,66	0,196	0,360	0,507
N3 – Reavaliação negativa do significado	2,33	1,33	0,114	2,00	1,00	0,016	0,564	0,151
N4 – Insatisfação com o outro institucional	1,00	1,00	0,357	1,00	1,00	0,298	0,076	0,008
Fatores positivos								
P1 – Transformação de si e/ou de sua vida	3,55	3,22	0,126	4,00	3,55	0,030	0,000	0,000
P2 – Ações em busca de ajuda espiritual	2,20	2,20	0,471	3,00	2,40	0,363	0,000	0,000
P3 – Oferta de ajuda ao outro	3,40	3,20	0,067	4,00	3,60	0,046	0,016	0,010
P4 – Posicionamento positivo frente a Deus	3,00	3,20	0,897	3,40	3,40	0,803	0,103	0,031
P5 – Ações em busca do outro institucional	3,25	3,25	0,428	3,75	3,50	0,566	0,014	0,008
P6 – Busca pessoal de conhecimento espiritual	2,33	2,33	0,788	3,00	2,33	0,179	0,000	0,109
P7 – Afastamento através de Deus da religião e/ou espiritualidade	4,00	4,33	0,604	4,66	4,33	0,726	0,010	0,078

†Teste Mann Whitney; *Teste de Wilcoxon.

média de 3,33⁽¹³⁾. No Brasil, estudo realizado no Espírito Santo, que buscou avaliar os níveis de ansiedade de idosos, identificou médias similares aos resultados deste estudo nas variáveis otimismo quanto à vida (3,06), recordações de momentos felizes (3,01) e sentimento de valorização da vida (3,05)⁽¹⁴⁾.

Os escores totais, representados por 44 a 46 pontos, mostraram-se elevados após a intervenção com uso da prece. Esses resultados são semelhantes aos achados do estudo realizado em Pernambuco com pacientes em tratamento quimioterápico, o qual identificou pontuações entre 34 e 48⁽¹²⁾.

As intervenções de fortalecimento da espiritualidade do paciente beneficiam aspectos físicos, sociais, mentais e espirituais. Além disso, proporcionam esperança e sentimento de valorização da vida, apesar das circunstâncias adversas impostas pela DRC e seu tratamento⁽¹²⁾. Vale ressaltar, ainda, que houve melhoria nos escores de esperança nos pacientes do GC, o que pode estar relacionado ao perfil religioso e elevado nível de esperança dos participantes da amostra.

Compreende-se que durante o tratamento do paciente com DRC é necessário que o profissional realize intervenções que estimulem a esperança e as perspectivas de futuro. O uso da prece é uma estratégia que pode ser utilizada nesse processo para fomentar reflexão sobre a vida, o futuro e as possibilidades do restabelecimento do estado de saúde⁽⁶⁾.

Estudo anterior demonstrou forte relação entre o CRE e o nível de esperança através da EEH. Verificou-se que o grupo com classificação alta do CRE apresentou maior média de esperança (44,12 pontos)⁽¹²⁾. Com base nisso, pode-se atribuir que o uso da prece interferiu não só nas variáveis de esperança, mas também na avaliação do CRE, conforme foi observado nos achados.

Após a intervenção por meio da prece, os participantes utilizaram CREP em escores médios altos em ambos os

grupos (GC – 3,62 e GI – 3,26), e CREN teve baixo uso (GC – 1,66 e GI – 1,47). O uso de CRET esteve entre 2,64 no GC e 2,48 no GI.

Pesquisa realizada em Minas Gerais com 129 pacientes com câncer consolida os resultados deste estudo devido aos escores semelhantes nos grupos controle e intervenção no M2, representados por CREP de 3,47, CREN de 1,71 e CRET de 2,59⁽¹⁵⁾.

Outro estudo realizado em pacientes com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) também evidenciou predomínio do CREP em comparação ao CREN (razão CREN/CREP = 0,65 ± 0,46). Além disso, os entrevistados consideram religiosidade e espiritualidade como algo importante no enfrentamento da enfermidade⁽¹⁶⁾.

Os achados de pesquisa realizada no Paraná constataram que indivíduos com ligações religiosas e espirituais apresentaram médias significativamente maiores de CREP e CRET do que os que disseram não possuir. Segundo os autores, a religiosidade e a espiritualidade podem proporcionar uma visão de mundo em que doença, sofrimento e morte tenham melhor aceitação e compreensão⁽¹⁷⁾.

Os participantes do GC também apresentaram melhores escores do CRE no M2. Esse achado pode ser atribuído à influência dos fatores positivos em detrimento dos negativos, uma vez que, em tal grupo, houve predomínio de estratégias como transformações em sua vida, busca de ajuda espiritual, ajuda ao próximo e busca pessoal de conhecimento espiritual, que se configuram como enfrentamento positivo à DRC.

No GI, observa-se que após o uso da prece houve diferença estatística significativa nas variáveis do CREP relacionadas a transformação de si e de sua vida (p = 0,000), ações em busca de ajuda espiritual (p = 0,000), oferta de ajuda ao outro (p = 0,010), posicionamento positivo frente a Deus (p = 0,031) e ações em busca do outro institucional (p = 0,008).

Esses fatores de enfrentamento positivos relacionam-se diretamente às práticas religiosas, principalmente na leitura de livros sagrados, participação em ritos espirituais e busca do bem-estar social. Estudo realizado na Jordânia com 218 pacientes em hemodiálise identificou que os indivíduos também usavam práticas religiosas como mecanismo de enfrentamento positivo para superar as dificuldades do tratamento⁽¹⁸⁾. Estudo prospectivo, ainda mais abrangente, com 59.000 mulheres negras nos Estados Unidos evidenciou que o grau em que uma mulher se relaciona com sua religião influencia no enfrentamento positivo de situações estressantes, apoiando a hipótese de que o CRE é um atenuante contra os impactos adversos do estresse⁽¹⁹⁾.

Corroborando os resultados aqui apresentados outro estudo realizado com 429 pacientes portadores do HIV, que investigou relações do CRE com a carga viral, contagem de grupamento de diferenciação 4 (CD4), qualidade de vida, sintomas do HIV, depressão e bem-estar espiritual. O CREP foi associado a melhores resultados positivos, bem como CRE negativo aos piores resultados⁽²⁰⁾.

O enfrentamento religioso negativo reflete um relacionamento inseguro com espiritualidade e tem sido consistentemente associado a problemas de saúde mental e física⁽¹⁹⁾. Neste estudo, o CREN foi pouco utilizado pelos pacientes com DRC.

Ao conhecer a importância da religiosidade/espiritualidade para o paciente, o profissional enfermeiro pode criar mecanismos para fortalecer seu CRE⁽¹⁶⁾. Nesse contexto, a prece pode ser utilizada como estratégia de cuidado, visto que pode proporcionar melhorias ao tratamento convencional, além de atender à pessoa em sua espiritualidade. A aplicação poderá promover aproximação e construção de vínculo entre profissional e paciente.

Questionar o paciente sobre seu CRE é uma estratégia que proporciona enfrentamento da doença e desenvolvimento de possíveis melhorias que possam advir desse processo⁽⁵⁾. É importante que o enfermeiro atenda ao paciente nos aspectos físico, social e espiritual. Quanto à dimensão

espiritual, com base nos resultados deste estudo, a prece é uma terapia alternativa que pode ser utilizada de forma contínua, sem custos e que não implica mudança da rotina do serviço hospitalar.

Este estudo apresentou limitações referentes à ausência de evidências sobre um modelo padrão para aplicação da prece com pacientes, o que limitou o embasamento teórico para definir a forma como o paciente seria abordado e como a prece seria aplicada. Ressalta-se ainda que, por ter sido realizado em instituição pública, os resultados encontrados podem diferir da rede privada de assistência em saúde. Outra limitação refere-se ao fato da coleta ter ocorrido com participantes submetidos à hemodiálise de rotina. Dessa forma, os achados não podem ser generalizados aos pacientes em hemodiálise de emergência.

CONCLUSÃO

A aplicação da prece resultou em melhores médias no CRE, além de escores altos de CREP, correspondendo a uma intervenção efetiva de enfrentamento da condição imposta pela DRC. Em relação às variáveis da escala de Herth, evidenciou-se que a maioria dos pacientes valorizam suas vidas, têm planos para o futuro e são otimistas, mesmo sendo submetidos periodicamente ao tratamento hemodialítico.

Portanto, apresenta-se que o uso da prece durante a sessão de hemodiálise promove o aumento do CRE e esperança. Dessa forma, pode apoiar intervenções de enfermagem que busquem melhorar o enfrentamento de pacientes com DRC submetidos a tratamento em hemodiálise. A prece é uma atividade simples, que não gera custos, podendo ser facilmente aplicada, sem acarretar mudanças na rotina hospitalar.

Sugere-se, ainda, que sejam realizados novos estudos, com intuito de avaliar a relação do CRE com os níveis de esperança nos diversos momentos do tratamento, a fim de identificar fatores específicos que podem influenciar nesses níveis. Além disso, há necessidade de desenvolvimento de futuros estudos que possam estabelecer protocolos que assegurem a utilização da prece pela enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito da prece no *coping* religioso/espiritual e na esperança de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Método:** Ensaio clínico randomizado, controlado e cego, realizado em unidade de diálise, com 62 pacientes em tratamento hemodialítico – 31 formaram grupo intervenção e 31 o grupo controle. Foi aplicada prece de intercessão, três vezes, em semanas alternadas, no decorrer das sessões de hemodiálise. Foram analisadas as diferenças entre os grupos nos desfechos efeito da prece no *coping* religioso/espiritual e esperança. **Resultados:** Os participantes utilizaram *coping* positivo em escores médios altos em ambos os grupos (controle – 3,62 e intervenção – 3,26) e *coping* negativo teve baixo uso (controle – 1,66 e intervenção – 1,47). O uso de *coping* total esteve entre 2,35 e 2,48 no grupo intervenção ($p = 0,015$). As variáveis de esperança foram melhores no grupo intervenção: otimismo ($p = 0,001$), planos a curto e longo prazo ($p = 0,004$), lembrança de momentos felizes ($p = 0,039$) e valorização da vida ($p = 0,050$). **Conclusão:** O uso da prece promove o aumento do *coping* religioso/espiritual e esperança. Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos: RBR-4pphkf.

DESCRITORES

Insuficiência Renal; Diálise Renal; Espiritualidade; Enfermagem em Nefrologia.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto de la oración en el afrontamiento religioso/espiritual y en la esperanza de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. **Método:** Se trata de un ensayo clínico randomizado, controlado y ciego, realizado en una unidad de diálisis entre 62 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, de los cuales 31 formaban parte del grupo intervención y 31, del grupo control. La oración de intercesión se aplicó tres veces, en semanas alternadas, durante el transcurso de las sesiones de hemodiálisis. Las diferencias entre los grupos se analizaron bajo los resultados del efecto de la oración sobre el afrontamiento religioso/espiritual y la esperanza. **Resultados:** Los participantes utilizaron el afrontamiento positivo en puntuaciones medias altas en ambos grupos

(control – 3,62 e intervenção – 3,26) mientras que el uso del afrontamiento negativo fue bajo (control – 1,66 e intervención – 1,47). El uso del afrontamiento total osciló entre 2,35 y 2,48 en el grupo intervención ($p = 0,015$). Las variables de esperanza fueron mejores en el grupo intervención: optimismo ($p = 0,001$), planes a corto y largo plazo ($p = 0,004$), remembranza de momentos felices ($p = 0,039$) y valoración de la vida ($p = 0,050$). **Conclusión:** El uso de la oración promueve un mayor afrontamiento religioso/espiritual y de esperanza. Registro Brasileño de Ensayos Clínicos: RBR-4pphkf

DESCRIPTORES

Insuficiencia Renal; Diálisis Renal; Espiritualidad; Enfermería en Nefrología.

REFERÊNCIAS

1. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AAL, Lugon JR, Martins CT. Brazilian chronic dialysis survey 2017. *J Bras Nefrol.* 2019;41(2):208-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0178>
2. Siqueira J, Fernandes NM, Moreira-Almeida A. Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *J Bras Nefrol.* 2019;41(1):22-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0096>
3. Jesus NM, Souza GF, Mendes-Rodrigues C, Almeida NOP, Rodrigues DDM, Cunha CM. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *J Bras Nefrol.* 2019;41(3):364-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0152>
4. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007;34 Suppl 1:126-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
5. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2013;21(2):539-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>
6. Brasileiro TOZ, Prado AAO, Assis BB, Nogueira DA, Lima RS, Chaves ECL. Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03236. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016024603236>
7. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2003;61(3B):777-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
8. Miot HA. Sample size in clinical and experimental trials. *J Vasc Bras.* 2011;10(4):275-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>
9. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(2):227-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>
10. Rodrigues CFS, Lima FJC, Barbosa FT. Importance of using basic statistics adequately in clinical research. *Rev Bras Anestesiol.* 2017;67(6):619-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2017.01.011>
11. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Ann Intern Med.* 2010;152(11):726-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232>
12. Costa DT, Silva DMR, Cavalcanti IDL, Gomes ET, Vasconcelos JLA, Carvalho MVG. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(3):640-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358>
13. Marques RMD, Dixe MA, Querido AI, Sousa PP. Herth Hope Index para cuidadores de pessoas em cuidados paliativos: versão portuguesa. *CuidArte Enferm.* 2016;10(2):89-95.
14. Oliveira L, Silva S, Lima E, Gomes M, Olympio P. The life hope of elderly: profile assessment and Herth Scale. *Rev Pesqui.* 2018;10(1):167-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v10.6017>
15. Silva GCN, Reis DC, Miranda TPS, Melo RNR, Coutinho MAP, Paschoal GS, et al. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1534-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>
16. Pinho CM, Dâmaso BFR, Gomes ET, Trajano MFC, Andrade MS, Valença MP. Religious and spiritual coping in people living with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):392-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0170>
17. Bonomo AA, Gragefe CK, Gerbasí ARV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC, et al. Religious/spiritual coping in cancer patients under treatment. *Rev Enferm UFPE On line.* 2015;9 Supl. 3:7539-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201506>
18. Musa AS, Pevalin DJ, Al Khalailah MAA. Spiritual well-being, depression, and stress among hemodialysis patients in Jordan. *J Holist Nurs.* 2018;36(4):354-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0898010117736686>
19. Cozier YC, Yu J, Wise LA, VanderWeele TJ, Balboni TA, Argentieri MA, et al. Religious and spiritual coping and risk of incident hypertension in the black women's health study. *Ann Behav Med.* 2018;52(12):989-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/abm/kay001>
20. Kremer H, Ironson G, Kaplan L, Stuetzle R, Baker N, Fletcher MA. Spiritual coping predicts CD4-cell preservation and undetectable viral load over four years. *AIDS Care.* 2015;27(1):71-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.952220>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.