

Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida em adolescentes com e sem fissura labiopalatina*

Francely Tineli Farinha¹
Fábio Luiz Banhara¹
Gesiane Cristina Bom¹
Lilia Maria Von Kostrisch²
Priscila Capelato Prado¹
Armando dos Santos Trettene¹

Objetivo: correlacionar a espiritualidade e a religiosidade com a qualidade de vida de adolescentes com e sem fissura labiopalatina. Métodos: estudo transversal e correlacional, englobando dois grupos, caso (n= 40) e comparativo (n= 40). Para a coleta de dados, utilizou-se a Escala de Religiosidade de Durel e o *World Health Organization Quality of Life Bref*. Para a análise estatística, os testes de Mann-Whitney, Qui-Quadrado, t-Student e de Correlação de Pearson foram utilizados, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Resultados: a religiosidade organizacional e a qualidade de vida global foram significativamente maiores no grupo caso ($p=0,031$ e $p=0,012$, respectivamente). Referente à qualidade de vida, o Domínio Meio Ambiente foi significativamente maior no grupo caso ($p < 0,001$). Ao se correlacionar a religiosidade e a espiritualidade, a religiosidade não organizacional apresentou forte correlação ($r=0,62$) com a religiosidade organizacional ($p < 0,001$). Ao se correlacionar a religiosidade e a espiritualidade com a qualidade de vida, identificou-se somente correlação moderada entre a espiritualidade e a qualidade de vida global ($r=-0,35$; $p=0,026$). Conclusão: evidenciou-se a não existência de relação entre a religiosidade e a espiritualidade com a qualidade de vida entre adolescentes com fissura labiopalatina, para a maioria dos aspectos avaliados.

Descritores: Espiritualidade; Religião; Qualidade de Vida; Adolescente; Fenda Labial; Fissura Palatina.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida em adolescentes com fissura labiopalatina", apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Bauru, SP, Brasil.

² Prefeitura Municipal de Fortaleza, Secretaria da Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

Como citar este artigo

Farinha FT, Banhara FL, Bom GC, Kostrisch LMV, Prado PC, Trettene AS. Correlation between religiosity, spirituality and quality of life in adolescents with and without cleft lip and palate. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3059. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2498-3059>.

mês dia ano

URL

Introdução

Indivíduos com fissura labiopalatina podem apresentar problemas funcionais, estéticos e psicossociais. Inicialmente, os funcionais são prevalentes, com destaque para os alimentares. Contudo, durante a infância e adolescência, evidenciam-se os estéticos e principalmente os psicossociais⁽¹⁻²⁾.

Na adolescência, fase caracterizada por transformações biopsicossociais, socialização e exacerbação dos padrões estéticos impostos pela sociedade modernista e globalizada, o adolescente com fissura labiopalatina pode enfrentar discriminação e preconceito, gerando estigmatização, o que certamente influenciará seu convívio social e, conseqüentemente, sua qualidade de vida⁽³⁾.

Ainda, esses adolescentes podem apresentar períodos de negação, intelectualização, depressão e comportamentos exagerados. No entanto, essas reações estão diretamente relacionadas ao estabelecimento das relações sociais, familiares e culturais, que, conseqüentemente, influenciam sua autoestima e qualidade de vida. Portanto, fica evidente que a insatisfação promove no indivíduo sentimentos de inferioridade, fraqueza, rejeição e impotência, podendo ocasionar fracassos em seu processo de reabilitação⁽⁴⁾.

No processo de enfrentamento, observa-se a influência de fatores que agem como recursos adicionais ao tratamento e a reabilitação, que incluem, entre outros, a espiritualidade e a religiosidade⁽⁵⁾.

A espiritualidade refere-se à consciência de que existe algo sagrado, além de envolver valores e conceitos particulares de cada indivíduo, enquanto a religiosidade relaciona-se a atividades desenvolvidas coletivamente, englobando um sistema de crenças, dogmas e práticas definidas ou preestabelecidas⁽⁶⁾.

Entre os benefícios da espiritualidade e/ou da religiosidade para adolescentes inclui-se a diminuição da depressão e da ansiedade, aumento da felicidade e da satisfação com a vida, melhor percepção da qualidade de vida, redução do estresse, proteção quanto a comportamentos de risco à saúde, como atividades sexuais e uso de drogas lícitas e ilícitas⁽⁷⁻¹²⁾.

Na atualidade, observa-se crescente número de estudos referentes à avaliação da religiosidade e espiritualidade, bem como seu impacto na qualidade de vida das pessoas⁽⁶⁾. A qualidade de vida é um indicador de saúde e sua avaliação em populações distintas é essencial, incluindo os adolescentes. A adolescência é apontada como uma das fases mais importantes na formação de uma população e baixos níveis de saúde nesse período pode afetar a saúde dos adultos⁽⁷⁾.

Considerando-se a vulnerabilidade dos adolescentes com fissura labiopalatina a problemas estéticos e psicossociais, bem como as evidências dos benefícios da espiritualidade e da religiosidade sobre as modalidades de enfrentamento situacional, torna-se relevante compreender sua influência sobre a qualidade de vida dessa população.

Nossa hipótese consistiu de que adolescentes com fissura labiopalatina apresentassem maiores níveis de espiritualidade e religiosidade, com conseqüente influência positiva sobre a percepção de sua qualidade de vida em relação aos adolescentes sem fissura labiopalatina.

Nas bases de dados consultadas não foram encontrados estudos com essa abordagem, ressaltando sua importância de abordagem inédita. Assim, o objetivo desta investigação foi correlacionar a espiritualidade e a religiosidade com a qualidade de vida de adolescentes com e sem fissura labiopalatina.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, correlacional, de delineamento quantitativo.

A fim de comparação foram elencados dois grupos, caso e comparativo. A população do grupo caso constou de adolescentes que se encontravam hospitalizados para realização de procedimentos cirúrgicos secundários, incluindo as rinoplastias, septoplastias e enxerto ósseo alveolar. O critério de inclusão compreendeu possuir idade entre 15 e 18 anos e fissura de lábio e palato unilateral operada, sem síndromes ou doenças neurológicas associadas.

O grupo comparativo foi composto por adolescentes sem fissura labiopalatina, alunos de uma escola pública. Para este, o critério de inclusão foi possuir idade entre 15 e 18 anos e aderir à pesquisa.

Para ambos os grupos, foram excluídos adolescentes que referiram uso de psicofármacos, tais como ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor, e também o uso de drogas ilícitas.

A amostragem foi consecutiva e não probabilística. Para a interpretação da magnitude das correlações, adotou-se a seguinte classificação dos coeficientes de correlação: $< 0,4$ (correlação de fraca magnitude), $\geq 0,4$ a $< 0,5$ (de moderada magnitude) e $\geq 0,5$ (de forte magnitude)⁽¹³⁾. Para o cálculo amostral, considerou-se uma correlação moderada de $0,45^{(13)}$, um poder de teste de 80% e um nível de significância de 5%, em que se estimou uma amostra mínima de 37 participantes por grupo. Por fim, optou-se por 40 participantes em cada grupo (caso e comparativo), que compuseram a amostra.

Inicialmente, os participantes foram convidados a aderirem ao estudo, sendo explicitados os objetivos e apresentados os instrumentos de coleta de dados. Para a coleta de dados, utilizou-se três instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Escala de Religiosidade de Durel⁽¹⁴⁾ para avaliar a religiosidade e a espiritualidade e World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref⁽¹⁵⁾ para avaliar a qualidade de vida.

O Questionário Sociodemográfico foi utilizado para caracterizar os participantes segundo as variáveis: idade, sexo, escolaridade, religião, classificação socioeconômica⁽¹⁶⁾, número de filhos, ocupação e estado civil ou afetivo.

Para o grupo caso, as informações referentes aos critérios de inclusão e exclusão foram obtidas por meio de consulta aos prontuários, assim como as informações referentes à caracterização sociodemográfica. Para o grupo comparativo, as informações referentes aos critérios de inclusão e exclusão, assim como as informações referentes à caracterização sociodemográfica, foram obtidas por meio de entrevista, que foi realizada individualmente e em ambiente privativo.

A coleta de dados foi realizada com os participantes do grupo caso no período pré-cirúrgico, individualmente, uma vez que a presença de edema, dor, desconforto e limitações funcionais podem interferir nas respostas e percepção do indivíduo. Para o grupo comparativo, a instituição educacional disponibilizou um auditório. Em geral, a entrevista durou, em média, 30 minutos.

A Escala de Religiosidade de Durel⁽¹⁴⁾ e o WHOQOL-Bref⁽¹⁵⁾ são autoaplicáveis e foram disponibilizados no mesmo momento. A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2016.

A percepção de qualidade de vida dos adolescentes foi avaliada pela versão validada em português do WHOQOL-Bref⁽¹⁵⁾. O referido instrumento pode ser utilizado para avaliar a qualidade de vida tanto de populações saudáveis como de pessoas acometidas por agravos e doença crônicas⁽¹⁷⁾. Embora não tenha sido validado para adolescentes no Brasil, investigação demonstrou que esse instrumento possui um conteúdo válido e adequadas propriedades psicométricas para mensurar a qualidade de vida de adolescentes⁽¹⁸⁾. Além disso, no presente estudo, o valor Alfa de Cronbach referente à aplicação do WHOQOL-Bref foi de 0,84, apontando boa consistência interna.

Contém 26 questões, em que 24 se encontram distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. As outras duas questões se referem à percepção da qualidade de vida global e à satisfação com a própria saúde. Cada domínio tem escore que varia de zero a 100, no qual zero

corresponde à pior qualidade de vida e 100 à melhor qualidade de vida⁽¹⁹⁾.

Concomitantemente, aplicou-se a Escala de Religiosidade de Durel que é composta por cinco itens divididos em três domínios: a religiosidade organizacional (RO), a religiosidade não organizacional (RNO) e a religiosidade intrínseca ou espiritualidade (RI)⁽¹⁴⁾. Neste estudo, a RI foi referida como espiritualidade.

A RO refere-se à frequência a encontros religiosos, como cultos, missas, grupos de oração etc. A pontuação varia de um a seis. A RNO independe de outras pessoas, referindo-se à atividade religiosa individual. Inclui a oração, meditação, prece, entre outros. Apresenta escore variando de um a seis. A espiritualidade refere-se à internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo, em que o indivíduo busca a harmonia com princípios religiosos⁽¹⁴⁾.

A Durel possui um escore que varia de três a quinze. No que se refere ao cálculo de seu escore, recomenda-se que os três domínios sejam analisados separadamente. Para todos, quanto menor o escore, maior a religiosidade⁽¹⁴⁾.

A Durel foi traduzida e validada para a população brasileira. Embora não tenha sido validada especificamente para adolescentes, sua utilização em populações com características sociodemográficas diversas é encorajada^(14,20). No presente estudo, o valor do Alfa de Cronbach referente à aplicação da Durel foi de 0,82, apontando boa consistência interna.

A pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital por meio do ofício 1.614.101 e CAAE: 55837916.9.0000.5441. Todos os participantes formalizaram sua adesão por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os adolescentes menores de 18 anos formalizaram sua adesão por meio da assinatura do Termo de Assentimento, e seus responsáveis legais, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram analisados utilizando o programa *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.0 para Windows. Para a análise estatística das variáveis sociodemográficas, sexo e idade, em ambos os grupos, utilizou-se os testes Qui-Quadrado e t-Student. Para comparar os grupos, caso e comparativo, com relação à religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Para correlacionar as medidas de interesse, qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade, no grupo caso foi utilizado o teste de Correlação de Pearson. Ainda, utilizou-se a análise das forças de correlação linear entre as medidas, a qual

determina que valores de correlação menores do que 0,30 indicam fraca correlação, mesmo quando estatisticamente significantes não apresentam relevância clínica; valores entre 0,30 – 0,50 indicam moderada correlação e acima de 0,50, forte correlação⁽²¹⁾. O nível de significância adotado para todos os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Referente à caracterização do grupo caso, a média de idade foi de 16,48 ($\pm 1,04$) anos. Quanto ao sexo, observou-se similaridade (50%; $n=20$). Em relação às outras variáveis, prevaleceu o ensino médio (87,5%; $n=35$), solteiros (90,0%; $n=36$) e evangélicos (47,5%; $n=19$).

Quanto ao grupo comparativo, a média de idade foi de 16,38 ($\pm 1,17$) anos. Prevaleram os participantes do sexo feminino (60,0%; $n=24$), cursando o ensino médio ($n=40$; 100%), solteiros (77,5%; $n=31$) e evangélicos (62,5%; $n=25$).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre as características sociodemográficas dos participantes dos grupos, demonstrando a homogeneidade entre eles.

Compuseram o grupo caso adolescentes com fissura labiopalatina unilateral. Em relação ao procedimento cirúrgico que iriam realizar, observou-se equidade entre o enxerto ósseo alveolar e a rinosseptoplastia (ambos 50,0%; $n=20$). Quanto à procedência, prevaleceu a região Sudeste (55,0%; $n=22$).

Ao se avaliar a espiritualidade e a religiosidade, constatou-se que o grupo caso apresentou valores medianos maiores, em comparação com o grupo comparativo, com relação à religiosidade organizacional ($p=0,031$) (Tabela 1).

Referente à qualidade de vida, percebeu-se que o grupo caso apresentou valores medianos maiores, em comparação com o grupo comparativo, com relação à qualidade de vida global ($p=0,012$). Quanto aos domínios, observou-se que o grupo caso apresentou valores medianos maiores, em comparação com o grupo comparativo, com relação ao meio ambiente ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Ao se analisar a correlação entre a religiosidade e a espiritualidade, a RNO apresentou forte correlação ($r=0,62$) com a RO ($p < 0,001$), enquanto a espiritualidade apresentou moderada correlação com a RNO ($r=0,44$) e com a RO ($r=0,43$) ($p=0,005$ e $p=0,006$, respectivamente) (Tabela 3).

Ao se correlacionar os domínios referentes à qualidade de vida com a religiosidade e a espiritualidade, identificou-se correlação moderada ($r=-0,35$) entre a espiritualidade e a qualidade de vida global ($p=0,026$), ou seja, apenas uma das correlações foi significativa, indicando não existir relação entre essas variáveis na maioria dos aspectos avaliados. Ressalta-se que os valores referentes à escala de espiritualidade são inversamente proporcionais, justificando o valor negativo das correlações (Tabela 4).

Tabela 1 – Análise da religiosidade e espiritualidade no grupo caso e grupo comparativo. Bauru, SP, Brasil, 2016

Variáveis	Grupos	n	Mediana	Q1*	Q3†	Média	Desvio padrão	Valor de p
RNO‡	Caso	40	2,0	1,0	3,8	2,5	1,5	0,483
	Comparativo	40	2,0	1,3	4,0	2,8	1,7	
RO§	Caso	40	3,0	2,0	5,0	3,5	1,7	0,031
	Comparativo	40	4,5	3,0	6,0	4,3	1,6	
Espiritualidade	Caso	40	5,0	4,0	6,0	5,7	2,4	0,171
	Comparativo	40	6,0	4,0	8,8	6,7	3,2	

*Q1=1º Quartil; †Q3=3º Quartil; ‡RNO= Religiosidade não organizacional; §RO= Religiosidade organizacional; ||Teste de Mann-Whitney com nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

Tabela 2 – Análise da Qualidade de Vida no Grupo Caso e Grupo Comparativo. Bauru, SP, Brasil, 2016

Domínios	Grupos	N	Mediana	Q1*	Q3†	Média	Desvio padrão	Valor de p
Físico	Caso	40	81,0	69,0	88,0	80,6	9,6	0,141
	Comparativo	40	81,0	63,0	86,3	75,6	14,0	
Psicológico	Caso	40	75,0	69,0	81,0	74,2	13,3	0,657
	Comparativo	40	75,0	69,0	81,0	72,6	13,6	
Relações Sociais	Caso	40	75,0	69,0	81,0	77,7	13,8	0,056
	Comparativo	40	69,0	51,5	81,0	68,0	20,8	
Meio Ambiente	Caso	40	81,0	69,0	86,3	75,5	12,2	<0,001‡
	Comparativo	40	63,0	50,0	73,5	61,7	14,3	
Qualidade de vida global	Caso	40	4,0	4,0	5,0	4,4	0,7	0,012‡
	Comparativo	40	4,0	4,0	4,0	4,0	0,7	
Percepção geral da saúde	Caso	40	4,0	4,0	5,0	4,0	1,1	0,818
	Comparativo	40	4,0	3,3	5,0	4,0	1,1	

*Q1=1º Quartil; †Q3=3º Quartil; ‡Teste de Mann-Whitney com nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

Tabela 3 – Distribuição da correlação da religiosidade e espiritualidade aplicadas no Grupo Caso. Bauru, SP, Brasil, 2016

Variáveis de correlação	r*	Correlação†	Valor de p‡
RNO§/RO	0,62	Forte	<0,001
RNO /Espiritualidade	0,44	Moderada	0,005
RO§/Espiritualidade	0,43	Moderada	0,006

*Correlação de Pearson; †Correlação linear; ‡Nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$); §RNO= Religiosidade não organizacional; ||RO= Religiosidade organizacional.

Tabela 4 – Correlação entre qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade no Grupo Caso. Bauru, SP, Brasil, 2016

Variáveis de correlação	r*	Correlação†	Valor de p	
Domínios/ RNO‡	Físico	0,21	Fraca	0,193
	Psicológico	-0,01	Fraca	0,942
	Relações Sociais	-0,08	Fraca	0,626
	Meio Ambiente	0,19	Fraca	0,234
	Qualidade de vida global	0,04	Fraca	0,806
	Percepção geral da saúde	0,07	Fraca	0,649
	Físico	0,03	Fraca	0,848
Domínios/RO§	Psicológico	-0,14	Fraca	0,404
	Relações Sociais	-0,16	Fraca	0,336
	Meio Ambiente	-0,14	Fraca	0,390
	Qualidade de vida global	0,07	Fraca	0,670
	Percepção geral da saúde	0,25	Fraca	0,117
	Físico	-0,07	Fraca	0,663
	Psicológico	-0,23	Fraca	0,162
Domínios/ Espiritualidade	Relações Sociais	-0,26	Fraca	0,101
	Meio Ambiente	0,08	Fraca	0,619
	Qualidade de vida global	-0,35	Moderada	0,026
	Percepção geral da saúde	-0,17	Fraca	0,286

*Correlação de Pearson; †Análise das forças de correlação linear; ‡RNO= Religiosidade não organizacional; §RO= Religiosidade organizacional; ||Nível de significância adotado de 5% ($p \leq 0,05$).

Discussão

A média de idade dos participantes, em geral, foi de 16,48 anos. É nessa faixa etária que a estética e interações sociais apresentam-se em evidência, sendo de extrema importância para a formação do indivíduo⁽²²⁾.

O adolescente com fissura labiopalatina, além de lidar com problemas do cotidiano e da idade, vê-se cercado das preocupações inerentes à malformação, incluindo cicatrizes e a qualidade da voz. Essas limitações acarretam problemas de discriminação e de estigmatização perante a sociedade, o que certamente influencia sobre as relações sociais e, conseqüentemente, sobre a percepção da qualidade de vida.

Essa relação foi observada no presente estudo referente à caracterização afetiva dos participantes, em que apenas 10% dos adolescentes com fissura referiram estar namorando contra 22,5% dos adolescentes sem fissura.

Referente à classificação socioeconômica, prevaleceu a classe baixa. Indivíduos pertencentes às mais favorecidas preocupam-se com questões cognitivas, culturais e de beleza em igual proporção, enquanto as menos favorecidas se preocupam em maior nível com a inteligência⁽²³⁾.

Investigação apontou que os níveis de autoestima em adolescentes com fissura foram significativamente menores em comparação aos sem fissura, particularmente no gênero feminino. Estes carregam consigo os seus defeitos físicos ou cicatrizes e tudo o que estes socialmente podem significar, fixando-os como parte de sua identidade. Contudo, o que esse estigma pode significar e ocasionar dependerá de vários fatores, incluindo questões subjetivas e reflexivas, podendo ocasionar complexos problemas de ordem psicológica⁽⁴⁾.

Quanto à procedência, no grupo caso, prevaleceram os adolescentes da região Sudeste. Associa-se esse resultado ao fato da localização da Instituição nessa região. Ressalta-se que o processo reabilitador deve nortear-se por atendimento interdisciplinar e realizado em centros de excelência.

Em relação ao sexo dos participantes do grupo caso, observou-se similaridade. A literatura aponta predomínio da fissura labiopalatina unilateral à esquerda no sexo masculino, enquanto as de palato isoladas são prevalentes no sexo feminino⁽²⁴⁾.

Referente à classificação das fissuras, a labiopalatina, tanto uni quanto a bilateral, é a que promove maior comprometimento funcional e estético devido à extensão anatômica envolvida. Nesse contexto, o protocolo de reabilitação é extenso e complexo. Os resultados das cirurgias, realizadas ainda na primeira infância, irão repercutir diretamente na autoestima dos adolescentes e, conseqüentemente, sobre sua interação e aceitação perante a sociedade⁽¹⁻³⁾.

Nesta investigação, a religiosidade foi avaliada em ambos os grupos, e a grande maioria dos adolescentes referiu ter religião, predominando a evangélica. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 86% da população brasileira denomina-se cristã, com prevalência da religião católica. Ainda, segundo o mesmo Instituto, a proporção de católicos foi maior entre as pessoas com idade superior a 40 anos, enquanto os evangélicos pentecostais têm sua maior proporção entre as crianças e os adolescentes, em conformidade ao encontrado neste estudo⁽²⁵⁾.

A influência da espiritualidade e da religiosidade como forma de enfrentamento situacional (*coping*) diante de diferentes patologias e contextos desfavoráveis está evidenciada na literatura⁽²⁶⁻²⁸⁾. Investigações comparando populações saudáveis e indivíduos com doenças identificaram que pessoas com problemas de saúde apresentaram melhores escores de espiritualidade e religiosidade quando comparadas a indivíduos saudáveis⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Na presente pesquisa, os adolescentes com fissura labiopalatina apresentaram elevada religiosidade organizacional em comparação aos adolescentes sem fissura, ou seja, frequentavam mais igrejas ou templos e possuíam maior interação social na comunidade religiosa. Observou-se, ainda, correlação entre a religiosidade organizacional, não organizacional e a espiritualidade no grupo de adolescentes com fissura. Esse achado confirma que ambas estão intrinsecamente entrelaçadas, portanto representam uma construção⁽²⁸⁾.

A correlação entre a espiritualidade e a religiosidade atua como fator proteção e manutenção da saúde e do bem-estar dos adolescentes. É uma construção conjunta importante na mente dos pacientes. Ambas auxiliam a enfrentar problemas, proporcionando melhora da paz interior, esperança e otimismo⁽²⁹⁾.

Ao se comparar a qualidade de vida dos adolescentes com e sem fissura labiopalatina, constatou-se que a global foi significativamente maior nos adolescentes com fissura. A melhora da Qualidade de vida está associada à percepção do significado da vida, à reavaliação de opiniões sobre doença e morte, descoberta de novas relações com Deus e ao apoio das relações sociais. A espiritualidade e as relações sociais podem auxiliar no enfrentamento da patologia⁽⁷⁾. Ressalta-se que um dos pilares do processo reabilitador dos pacientes com fissura labiopalatina visa melhorar a qualidade de vida⁽¹⁻²⁾.

Ainda, observou-se que a pontuação no Domínio Meio Ambiente foi significativamente maior no grupo caso, inferindo que os adolescentes com fissura labiopalatina apresentaram melhor percepção quanto ao meio ambiente em que vivem e seus aspectos estruturais da vida.

A literatura afirma que pessoas com elevada espiritualidade e religiosidade apresentam correlação positiva com os domínios: meio ambiente, psicológico, relacionamentos sociais e de qualidade de vida global⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Acredita-se que após o diagnóstico de uma doença e a vivência do problema de saúde as pessoas buscam um novo significado à vida, tornando-se menos propensas a incomodar-se com situações ínfimas do cotidiano que consideravam afetar sua qualidade de vida^(26,29).

Ao se correlacionar os domínios referentes à qualidade de vida com a religiosidade e a espiritualidade nos adolescentes com fissura labiopalatina, identificou-se somente correlação entre a espiritualidade e a qualidade de vida global. Contrariando nosso achado, outros estudos correlacionaram a espiritualidade e/ou a religiosidade à melhor percepção da qualidade de vida em diversas dimensões⁽⁷⁻⁸⁾. Contudo, maiores níveis de espiritualidade foram associados ao bem-estar geral em outra investigação⁽³⁰⁾.

O resultado do presente estudo reforça a hipótese de que a espiritualidade abrange um conceito amplo e dinâmico, capaz de influenciar significados ou percepções⁽³¹⁾. Outra hipótese que poderia explicar esse resultado é que adolescentes sofrem influência dos contextos espirituais e religiosos de seus pais, e, por vezes, acabam replicando esses valores, embora não os tenham incorporados. Assim, seus benefícios são parciais⁽³¹⁻³²⁾.

Por fim, as limitações desta investigação referem-se à natureza monocêntrica e ao desenho transversal, que não permitem o estabelecimento de relações causais e, tampouco, a generalização dos resultados. Assim, estudos multicêntricos e longitudinais são encorajados. Ainda, deve-se considerar o fato de que os instrumentos utilizados para a coleta de dados neste trabalho não terem sido validados para a cultura brasileira e para a população estudada.

Contudo, os benefícios desta pesquisa são evidentes e incluem uma investigação detalhada da religiosidade e da espiritualidade em adolescentes com e sem fissura e sua correlação com a qualidade de vida. Embora a correlação entre a maioria das variáveis relacionadas à qualidade de vida não tenha sido evidenciada, o estudo possibilitou identificar que a percepção da qualidade de vida global foi influenciada pela espiritualidade.

Conclusão

Contrariando nossa hipótese, entre adolescentes com fissura labiopalatina, observou-se apenas a correlação entre a espiritualidade e a percepção da qualidade de vida global, indicando a não existência de relação entre a religiosidade e a espiritualidade com a qualidade de vida, para a maioria dos aspectos avaliados.

Referências

1. Freitas JAS, Garib DG, Oliveira TM, Lauris RCMC, Almeida ALPF, Neves LT, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies – USP

- (HRAC-USP) – Part 2: pediatric dentistry and orthodontics. *J Appl Oral Sci.* [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2017 Sept 28];20(2):268-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v20n2/a24v20n2.pdf>
2. Freitas JAS, Neves LT, Almeida ALPF, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RYF, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/ USP (HRAC-USP) – Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci.* [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2017 Sept 28];20(1):9-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v20n1/03.pdf>
3. Graciano MIG, Galvão KA. The family's patterns and arrangements nowadays: a study in cleft lip and palate area within the Brazilian society. *Arq Ciên Saúde.* [Internet]. 2014 Apr/June [cited 2017 Sept 28];21(2):56-63. Available from: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-2/ID_579_21\(2\)_Abr-jun_2014%20-%20Original.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-2/ID_579_21(2)_Abr-jun_2014%20-%20Original.pdf)
4. Andrade D, Angerami ELS. The self-esteem of adolescents with and without a cleft lip and/or palate. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2001 Nov [cited 2017 June 10];9(6):37-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7824.pdf>
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.* [Internet]. 2013 Mar/Apr [cited 2017 July 10];21(2):539-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf>
6. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saúde Pública.* [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Apr 22];45(1):153-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1765.pdf
7. Mirghafourvand M, Charandabi SM, Sharajabad FA, Sanaati F. Spiritual well-being and health-related quality of life in iranian adolescent girls. *Commun Ment Health J.* [Internet]. 2016 May [cited 2018 Jan 20];52(4):484-92. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10597-016-9988-3.pdf>
8. Santos PR, Capote Júnior JRFG, Cavalcante JRM Filho, Ferreira TP, Santos JNG Filho, Silva SO. Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrol.* [Internet]. 2017 Jun [cited 2018 Jan 20];18(1):197. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28623903/>
9. Dalmida SG, Ajijola NA, Clayton-Jones D, Thomas TL, Toscano RJE, Lewis R, et al. Sexual risk behaviors of African American adolescent females: the role of cognitive and religious factors. *J Transcult Nurs.* [Internet]. 2016 Nov 30 [cited 2017 July 18];29(1):74-83. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1043659616678660>
10. Kulis S, Hodge DR, Ayers SL, Brown EF, Marsiglia FF. Spirituality and religion: intertwined protective factors for substance use among urban American Indian youth. *Am J Drug Alcohol Abuse.* [Internet]. 2012 Sept [cited 2017 July 18];38(5):444-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431460/>
11. Marques SC, Shane JL, Mitchell J. The role of hope, spirituality and religious practice in adolescents' life satisfaction: longitudinal findings. *J Happiness Stud.* [Internet]. 2013 Mar [cited 2018 Jan 20];14(1):251-61. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10902-012-9329-3.pdf>
12. Porche MV, Fortuna LR, Wachholtz A, Stone RT. Distal and proximal religiosity as protective factors for adolescent and emerging adult alcohol use. *Religions.* (Basel) [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 20];6(2):365-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4486303/pdf/nihms693939.pdf>
13. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Outlining clinical research: an epidemiological approach.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
14. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo F Neto, Koenig HG. Portuguese version of Duke Religious Index – DUREL. *Rev Psiquiatr Clín.* [Internet]. 2008 Jan [cited 2017 Apr 22];35(1):31-2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n1/v35n1a06.pdf>
15. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.*[Internet]. 1995 Nov [cited 2017 May 12];41(10):1403-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>
16. Graciano MIG, Leheld NAS. Socioeconomic study: indicators and methodology in a contemporary approach. *Serv Soc Saúde.* [Internet]. 2010 Jul [cited 2017 Apr 10];9(1):157-86. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8634873/2777>
17. Angelim RCM, Figueiredo TR, Correia PP, Bezerra SMMS, Baptista RS, Abrão FMS. Quality of life assessment through the WHOQOL: bibliometric analysis of nursing production. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2015 Out/Dez [cited 2018 Jan 20];29(4):400-10. Available from: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11857/pdf_21
18. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H, et al. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. *Qual Life Res.* [Internet]. 2005 Sep [cited

- 2018 Jan 20];14(7):1783-9. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11136-005-1744-z.pdf>
19. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 1999 Apr [cited 2017 May 12];33(2):198-205. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf>
20. Taunay TCDE, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL). *Rev Psiquiatr Clín*. [Internet]. 2012 May [cited 2017 Apr 22];39(4):130-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n4/03.pdf>
21. Mukaka MM. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*. [Internet]. 2012 Sep [cited 2017 Aug 22];24(3):69-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/pdf/MMJ2403-0069.pdf>
22. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod*. [Internet]. 2015 June [cited 2017 Aug 22];37(3):238-47. Available from: <https://academic.oup.com/ejo/article-pdf/37/3/238/8734388/cju046.pdf>
23. Saavedra L. Intelligence as a power device. *Educ Soc*. [Internet]. 2015 Apr/June [cited 2017 Nov 10];36(131):535-52. Available from: www.scielo.br/pdf/es/v36n131/1678-4626-es-36-131-00535.pdf
24. Silva RCC, Carmo HA, Ximenes FRG Neto, Rodrigues TB, Vasconcelos MA, Grande AJ. Profile of cleft lip and palate cases assisted at a training hospital in the North of Ceará – Brazil. *Cad ESP*. [Internet]. 2013 July/Dec [cited 2017 June 26];7(2):19-27. Available from: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/109>.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Religião [Internet]. IBGE. 2010 [cited 2017 June 26]. Available from: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ac&tema=censodemog2010_relig
26. Rocha NS, Fleck MPA. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/personal beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. *Rev Psiquiatr Clín*. [Internet]. 2011 [cited 2017 June 26];38(1):19-23. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n1/en_a05v38n1.pdf
27. Rohani C, Abedi HA, Omranipour R, Eklöf AL. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet]. 2015 Mar 28 [cited 2017 July 20];13:40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4392858/>
28. Cruz JP, Colet PC, Qubeilat H, Otaibi JA, Coronel EI, Suminta RC. Religiosity and health-related quality of life: a cross-sectional study on Filipino christian hemodialysis patients. *J Relig Health*. [Internet]. 2016 June [cited 2017 Aug 16];55(3):895-908. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-015-0103-9>
29. Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BSR. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. *Medicine*. (Baltimore) [Internet]. 2015 Nov [cited 2017 Sept 16];94(47):e2145. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5059012/>
30. Kudel I, Cotton S, Szaflarski M, Holmes WC, Tsevat J. Spirituality and religiosity in patients with HIV: a test and expansion of a model. *Ann Behav Med*. [Internet]. 2011 Feb [cited 2018 Jan 20];41(1):92-103. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12160-010-9229-x.pdf>
31. 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*. [Internet]. 2012 Aug [cited 2018 Jan 20];21(3):186-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413468/>
32. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. [Internet]. 2014 Jun [cited 2018 Jan 20];17(6):642-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038982/>

Recebido: 29.10.2017

Aceito: 01.08.2018

Autor correspondente:

Armando dos Santos Trettene

E-mail: armandotrettene@hotmail.com / armandotrettene@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-9772-857X>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.