

Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise

Religiosity and quality of life of chronic renal failure patients under hemodialysis treatment

Fabio Correia Lima Nepomuceno¹, Ivaldo Menezes de Melo Júnior², Eveline de Almeida Silva³, Kerle Dayana Tavares de Lucena⁴

RESUMO: Objetivou-se avaliar a correlação entre a atitude religiosa e a Qualidade de Vida (QV) de 100 pacientes com insuficiência renal crônica em um serviço de hemodiálise. Utilizou-se como método de coleta de dados o formulário WHOQOL-Abreviado e Escala de Atitude Religiosa. Nas análises, o componente 1 da Escala de Atitude Religiosa se correlacionou com o domínio psicológico do WHOQOL-Abreviado ($r = 0,21, p < 0,05$); o componente 2, com o nível de independência de QV ($r = 0,28, p < 0,01$); o componente 3, com o nível de independência ($r = 0,22, p < 0,05$), com o domínio relações sociais ($r = 0,22, p < 0,05$); e a satisfação com a QV, com o componente de religiosidade 2 ($r = 0,22, p < 0,05$). Assim, conclui-se que a religiosidade é uma fonte de conforto e esperança para os pacientes, promovendo bem-estar geral.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Renal Crônica; Religião; Qualidade de Vida.

ABSTRACT: *The study aimed to evaluate the correlation between religious attitude and quality of life (QOL) of 100 chronic renal failure patients under hemodialysis treatment. Data collection applied the questionnaires Socio-Demographic Data Form WHOQOL-Abbreviated Scale and the Religious Attitude Scale. The analyses revealed that component 1 of Religious Attitude Scale showed a correlation with the psychological domain of the WHOQOL-short ($r = 0.21, p < 0.05$); component 2 correlated with QOL level of independence ($r = 0.28, p < 0.01$); component 3 correlated with the level of independence ($r = 0.22, p < 0.05$) and with the social relationships domain ($r = 0.22, p < 0.05$); satisfaction with QOL correlated with religiosity 2 ($r = 0.22, p < 0.05$) component. Thus, one may conclude that religiosity is a source of comfort and hope to patients, providing overall well-being.*

KEYWORDS: *Renal insufficiency chronic; Religion; Quality of life.*

¹Mestre em Ciências das Religiões pela Unversidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil. fabiocln21@yahoo.com.br

²Mestre em Ciências das Religiões pela Unversidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil. ivaldo_menezes@yahoo.com.br

³Mestre em Modelos de Decisões da Saúde pela Unversidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. eveline_fisio@hotmail.com

⁴Mestre em Modelos de Decisões da Saúde pela Unversidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. kerledayana@yahoo.com.br

Introdução

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é caracterizada pela rápida redução da função renal, tendo como resultado a diminuição da diurese e a perda da homeostase interna, ou seja, perda do equilíbrio químico e do funcionamento normal do organismo, até a paralisação quase total (cerca de 90%) ou total do funcionamento renal, fazendo com que o seu portador adquira diversas incapacidades, que, na maioria das vezes, exigem períodos longos de acompanhamento. O enfrentamento de alterações na saúde e na vida em geral ocorre nos mais diversos níveis: orgânico, psíquico, social e econômico (CASTRO ET AL, 2003; SANTOS, 2006).

Os tratamentos disponíveis nas doenças renais terminais são: diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal automatizada, diálise peritoneal intermitente, hemodiálise e transplante renal. Esses tratamentos substituem parcialmente a função renal, aliviam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente, mas nenhum deles é curativo (RIELLA, 2008).

Independentemente da terapêutica escolhida, o portador da doença crônica irá apresentar alterações físicas, psicológicas, sociais e emocionais que aumentam progressivamente. A adaptação às condições de uma doença crônica pode ser considerada mais difícil do que a uma doença aguda que exige apenas temporária aceitação da condição de estar doente e dependente da ajuda externa (SANTOS, 2005).

Dessa forma, a IRC é considerada um problema na saúde pública, pois causa elevada taxa de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a Qualidade de Vida (QV) relacionada à saúde, visto que esta é a percepção subjetiva da pessoa acerca de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (UNRUH ET AL, 2003).

Contudo, estudos sobre QV permanecem restritos quando se trata de IRC, devendo, então, se estimular a produção de trabalhos

científicos que possam reverter em prática clínica dos profissionais de saúde, pois, a partir das investigações desenvolvidas sobre QV, torna-se possível o aprofundamento de fatores subjetivos que conduzem ao bem-estar da população, grupos e indivíduos, explicando os processos que levam as pessoas à sua satisfação moral, bem-estar e felicidade bem como os mecanismos de enfrentamento e de defesa relacionados com a doença.

Dentre esses fatores está à religiosidade, pois é considerada uma variável que apresenta efeitos positivos nos aspectos biopsicossocial, espiritual, ambiental e na saúde dos indivíduos, sendo reconhecida como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de outras co-morbidades, pois é utilizada pelos indivíduos em situação de adoecimento como forma de buscar melhora e força para o enfrentamento da doença, podendo, assim, desempenhar uma função importante na melhoria da QV do paciente (PANZINI ET AL, 2007).

A partir de 1950, estudos epidemiológicos mostram uma boa relação entre religiosidade e QV de indivíduos doentes, pois se observa menor prevalência de depressão, menor mortalidade, menor tempo de internação e até melhor função imunológica. Sendo assim, torna-se necessário em um país como o Brasil, em que 92,6% da população possui uma religião e aproximadamente 90% costuma frequentar igrejas, que sejam verificados os efeitos da religiosidade na vida dos pacientes portadores de IRC (LUCCHETTI ET AL, 2010).

Com base nessas informações o objetivo desta pesquisa foi o de avaliar a correlação entre a atitude religiosa e a QV de pacientes com IRC em um serviço de hemodiálise.

Materiais e métodos

A pesquisa foi realizada em serviços nefrológicos da cidade de João Pessoa-PB: Clínica de Nefrologia da Paraíba (CLINEPA) e

Unidade de Doenças Renais (UNIRIM).

A amostra constou de 100 pacientes com IRC atendidos nesses serviços, sendo 50 do sexo masculino e 50 do sexo feminino. Os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 18 anos; estar em tratamento por hemodiálise; ter capacidade de compreensão e verbalização adequadas para responder às perguntas; ser portador de IRC há mais de 1 ano; e concordar em participar do estudo.

Após a aprovação do projeto pelo colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões e dos esclarecimentos iniciais, foi feito o convite às instituições com serviços de hemodiálise. Posteriormente, com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba sob o protocolo CEP 081, declarando estar em pleno acordo com os objetivos e aspectos metodológicos do estudo, autorizando, assim, a sua execução, foi dado início à pesquisa.

Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa com seres humanos.

A participação dos pacientes ocorreu de forma voluntária, sendo-lhes assegurado o direito de desistência a qualquer momento, assim como foi garantido sigilo e anonimato.

Aplicaram-se os seguintes instrumentos para coleta de dados: formulário com a versão abreviada da World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-Abreviado) para avaliação da QV e Escala de Atitude Religiosa.

Para avaliar a religiosidade dos pacientes, utilizou-se a Escala de Atitude Religiosa, que apresenta consistência interna verificada através do Alfa de Cronbach de 0,91. Essa escala foi elaborada originalmente em português e é composta por vinte itens organizados em escala Likert de cinco pontos (1-nunca a 5-sempre), onde as respostas seguem o seguinte padrão: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Tais itens estão distribuídos em três domínios: cognitivo,

afetivo e comportamental (DINIZ; AQUINO, 2009).

Para as análises estatísticas, empregou-se a plataforma do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 15. Utilizaram-se o teste t de *Student* para testar se dois grupos diferem estatisticamente a partir da comparação de suas médias e cálculos de correlação de Pearson para verificar se havia associações entre as variáveis, sendo essa uma medida que descreve a intensidade ou grau de correlação entre as variáveis, além da análise de variância como medida da dispersão estatística. Além disso, calcularam-se as médias e desvios padrão para a descrição do perfil dos participantes.

Resultados e discussão

Em relação ao perfil dos participantes, a média de idade foi de 55 anos, com um desvio padrão de 14,6, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 90 anos.

Neste estudo, quanto ao tempo em que os pacientes são portadores da doença renal crônica, observou-se uma média de 48 meses, com um desvio padrão de 52 meses, sendo o tempo mínimo de 12 meses e tempo máximo de 300 meses de adoecimento. Entretanto, o tempo médio de tratamento da doença nesses pacientes foi de 30 meses, com um desvio padrão de 33,5 meses, com o tempo mínimo de um mês de tratamento e máximo de 144 meses.

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico, observou-se que 27% estavam com mais de 24 meses e menos de 36 meses nessa terapia; seguido de 23% com menos de 12 meses; e 17% com mais de 12 meses e menos de 24 meses na hemodiálise.

O WHOQOL- abreviado é um formulário que está dividido em domínios com relação à avaliação da QV, saúde e outras áreas da vida, tais como: domínio físico, domínio psicológico, domínio nível de independência, domínio relações sociais e domínio ambiental. Os domínios são pontuados de forma

independente, considerando a premissa de que a QV é um construto multidimensional. Dessa forma, quanto maior o valor do escore melhor é o domínio de QV avaliado (ZANEI, 2006). De acordo com a *tabela 1*, foi constatada na auto-avaliação da QV uma média de resultados superior à observada em relação à pergunta sobre a satisfação com a própria saúde.

O domínio físico obteve a menor média de pontuação dos cinco aspectos avaliados. Os domínios relações sociais e nível de independência também se mostraram bastante comprometidos nesses pacientes. Por fim, o domínio ambiental apresentou melhor escore, seguido do domínio psicológico.

Ferreira (2008) também utilizou o WHOQOL-*bref* para análise da QV de renais crônicos em hemodiálise e identificou a seguinte ordem decrescente de médias dos domínios: relações sociais, psicológico, meio ambiente e físico. Nesse contexto, este estudo corrobora a pesquisa de Ferreira (2008) quanto ao domínio físico, constando, também, comprometimento dos aspectos físicos dos pacientes com IRC, evidenciado por meio de sua média e desvio padrão, confirmando que os pacientes renais crônicos apresentam alterações motoras e funcionais. Entretanto, houve contradição entre

os dados desta pesquisa e os estudos de Ferreira (2008) quanto ao domínio relações sociais, visto que as relações sociais apresentaram uma média elevada para o autor, enquanto neste trabalho as relações sociais dos pacientes estavam bem comprometidas, com média reduzida.

Mendonça (2007) mostra, por meio das médias dos domínios do WHOQOL-Abreviado, que a perda de QV mais significativa foi no domínio físico, seguido pelo domínio geral e pelo domínio ambiental. Os domínios sociais e psicológicos tiveram escores melhores em relação à QV, mas o desvio padrão indicou que os participantes (N = 86) apresentaram respostas mais homogêneas nas questões relativas ao domínio ambiental e mais heterogêneas no domínio social. Assim, o referido trabalho corrobora com o apresentado neste estudo quanto ao maior comprometimento do domínio físico dos pacientes renais crônicos em hemodiálise. Entretanto, não apresentou semelhança em relação à homogeneidade das respostas, visto que as respostas mais homogêneas apresentadas aqui dizem respeito aos domínios relações sociais e físico, e as mais heterogêneas, ao domínio ambiental.

Chitolina e Audino (2011) verificaram em seus estudos sobre QV de 22 pacientes com

Tabela 1. Valores da avaliação de qualidade de vida pelo formulário WHOQOL-abreviado de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100)

	Questões		Domínios				
	Autoavaliação da QV	Satisfação com a saúde	Físico	Psicológico	Nível de independência	Relações sociais	Ambiental
Média	3,8	3,2	9,6	22	12	11	29
Desvio Padrão	0,8	1,0	2,5	4	3	2,5	4,5
Mínima	1	1	4	12	6	5	14
Máxima	5	5	15	29	19	15	38

Fonte: Elaboração própria.

IRC de um hospital da região oeste do estado de Santa Catarina que o domínio relações sociais apresentou as maiores médias. Os domínios físicos e psicológicos apresentaram os menores percentuais de médias. No domínio físico, o comprometimento se justifica pela cronicidade da doença, que resulta em diversos comprometimentos osteomioarticulares. No domínio psicológico, observou-se uma percepção negativa para QV, manifestada por meio das alterações comportamentais. Os pacientes declararam a existência de sentimentos negativos, alterações de sono e concentração, insatisfação consigo mesmo (autoconceito), com a aparência (autoimagem) e com a situação de portador de patologia crônica. Também os aspectos desesperança, ansiedade, depressão e autoconceito resultaram em níveis negativos no sentido de piorar seu quadro emocional, naquele estudo.

Para Duarte *et al.* (2003), a doença renal reduz acentuadamente o funcionamento físico e profissional, e a percepção da própria saúde tem um impacto negativo sobre os níveis de energia e vitalidade, o que pode reduzir ou limitar as interações sociais, estando de acordo com o estudo realizado por Castro *et al.* (2003) envolvendo 84 pacientes com IRC submetidos à hemodiálise, em que os menores valores médios foram observados na dimensão aspecto físicos.

No estudo de Terra e Costa (2007), realizado em uma clínica de hemodiálise de hospital universitário do município de Alfenas-MG, abrangendo 30 pacientes que se encontravam em tratamento hemodialítico, verificou-se que o domínio físico da QV da população estudada apresentou um valor baixo, ou seja, uma QV nem ruim, nem boa, na área física. Vale destacar que esse domínio apresentou o menor escore médio quando comparado com os demais domínios e a QV geral. O escore médio geral do domínio relações sociais atingiu o maior valor, apresentando, dessa forma, uma QV entre boa e muito boa. Entre todos os domínios do instrumento *WHOQOL-brefe* da

QV geral, esse domínio foi o que apresentou maior escore médio, naquele estudo.

Após a análise das médias, desvios padrão e variância, realizaram-se as associações entre as variáveis aqui estudadas. Assim, a *tabela 2* apresenta uma matriz correlacional entre os componentes da Escala de Atitude Religiosa e os domínios do formulário WHOQOL-abreviado.

Na *tabela 2*, o componente 1 da Escala de Atitude Religiosa (busca de conhecimento religioso) se correlaciona com o domínio psicológico do formulário WHOQOL-abreviado ($r = 0,21, p < 0,05$). Além disso, também há uma correlação entre este componente com o domínio relações sociais ($r = 0,25, p < 0,05$). Pode-se verificar também uma correlação entre o componente 2 da atitude religiosa (expressões e manifestações corporais religiosas) com o nível de independência de QV ($r = 0,28, p < 0,01$) e com o domínio de relações sociais ($r = 0,22, p < 0,05$). Por fim, é possível observar uma correlação entre o componente 3 da Escala de Atitude Religiosa (aspectos emocionais e atitudes religiosas) com o domínio nível de independência ($r = 0,22, p < 0,05$), com o domínio relações sociais ($r = 0,22, p < 0,05$) e com o domínio ambiental ($r = 0,23, p < 0,05$). Entretanto, não se verificou correlação significativa entre qualquer componente da atitude religiosa e o domínio físico, que é o aspecto mais comprometido dos pacientes com IRC dessa amostra.

Na *tabela 3*, compara-se a matriz correlacional da questão 1 (como você avaliaria sua qualidade de vida?) e da questão 2 (quão satisfeito você está com a sua saúde?) com os três componentes da Escala de Atitude Religiosa. Não houve correlação significativa entre a satisfação com a saúde dos pacientes com nenhum componente de religiosidade; entretanto, pode-se verificar que houve correlação entre a satisfação com a QV e o componente de religiosidade 2, ou seja, os pacientes com uma melhor QV apresentam maiores expressões e manifestações corporais durante suas práticas religiosas ($r = 0,22, p < 0,05$).

Tabela 2. Matriz correlacional entre QV e atitude religiosa de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100)

Qualidade de vida	Atitude religiosa		
	1	2	3
Domínio físico	0,08	0,13	0,08
Domínio psicológico	0,21*	0,13	0,18
Domínio nível de independência	0,13	0,28**	0,22*
Domínio relações sociais	0,25*	0,22*	0,22*
Domínio ambiental	0,17	0,04	0,23*

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *p < 0,05.

**p < 0,01.

1 = busca de conhecimento religioso; 2 = expressões e manifestações corporais religiosas; 3 = aspectos emocionais e comportamentos religiosos

Tabela 3. Matriz correlacional entre avaliação da qualidade de vida e da satisfação com a saúde e a atitude religiosa de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100)

Componentes	Autoavaliação da QV	Satisfação com a saúde
1 = busca de conhecimento religioso	0,19	0,04
2 = expressões e manifestações corporais religiosas	0,22*	0,02
3 = aspectos emocionais e comportamentos religiosos	0,16	0,05

Fonte: Elaboração própria.

Nota: * p < 0,05.

Segundo Castro *et al.* (2003), a pessoa portadora de IRC apresenta diversas incapacidades e co-morbidades. O enfrentamento de alterações na saúde e na vida em geral do portador de IRC ocorre nos mais diversos níveis: orgânico, psíquico, social e econômico. Esse dado pode ser confirmado nesta pesquisa, na qual se verificou que a saúde dos pacientes

está comprometida e a QV está alterada nos aspectos biopsicosociais, visto que os pacientes apresentaram sinais clínicos da doença renal, limitações quanto às atividades de vida diária e de trabalho, além da insatisfação em relação à sua condição de vida.

Os estudos de Doorn *et al.* (2004) destacaram que as variáveis psicossociais, os traços

de ansiedade e sintomas depressivos afetam substancialmente a forma como os pacientes avaliam sua QV. O apoio social e familiar apresentou elevada relação com os domínios dor e bem-estar emocional, naquela amostra.

De acordo com Trentini *et al.* (2004), o tratamento de hemodiálise é necessário e indispensável, embora não seja suficiente para se obter QV satisfatória. Os usuários da hemodiálise precisam participar ativamente da prevenção de males que venham a deteriorar sua QV.

Os estudos de Castro e colaboradores (2003) afirmam haver uma clara redução da QV nesses pacientes, em especial nos aspectos físicos, psicológicos e vitalidade. Da mesma forma, correlacionou-se, também negativamente, o tempo de tratamento em hemodiálise com os aspectos emocionais e saúde mental, sugerindo que pacientes com maior tempo de IRC e de tratamento dialítico apresentam progressivo comprometimento das relações familiares e sociais. Dessa forma, há uma concordância entre os

autores acima e os achados deste trabalho no que diz respeito aos aspectos físicos, psicológicos, social e espiritual dos pacientes renais crônicos, sendo sua QV considerada afetada de maneira multifatorial por estar relacionada com o modo e estilos de vida.

Nos estudos de Mendonça (2007), não se observou correlação da religião com nenhum domínio da QV em pacientes renais crônicos.

A *tabela 4* consiste em uma matriz correlacional entre o tempo da doença e o tempo de tratamento com os domínios da QV. Nela, pode-se observar uma correlação negativa entre o tempo da doença com o domínio físico ($r=-0,20$, $p<0,05$), o que significa que quanto maior o tempo da doença, maior comprometimento ocorre nos aspectos físicos dos pacientes renais crônicos. Verifica-se, ainda, uma correlação negativa entre o tempo da doença e o domínio nível de independência ($r = -0,24$, $p<0,05$), representando que quanto maior o tempo da doença maior comprometimento há na independência dos pacientes. Por fim, observa-se uma

Tabela 4. Matriz correlacional do tempo da doença e do tempo de tratamento com a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100)

Qualidade de vida	Tempo doença	Tempo tratamento
Domínio físico	-0,20*	-0,17
Domínio psicológico	-0,19	-0,08
Domínio nível de independência	-0,24*	-0,09
Domínio relações sociais	-0,27**	-0,14
Domínio ambiental	-0,14	-0,11
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	0,04	-0,13
Quão satisfeito você está com a sua saúde?	0,02	-0,12

Fonte: Elaboração própria.

Nota: * $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

correlação negativa, com forte significância estatística, entre o tempo de doença e o domínio relações sociais ($r = -0,27$, $p < 0,01$), configurando a perda das relações sociais como consequência da trajetória de vida dos pacientes renais crônicos.

Semelhante achado foi descrito por Merkus *et al.* (1997) em seus estudos em treze centros de diálise na Holanda com 120 pacientes com IRC, nos quais a QV foi avaliada e onde se verificou que quanto maior o tempo da doença renal crônica maior o comprometimento na QV.

Nesta pesquisa, pode-se observar uma correlação negativa entre o tempo da doença e os domínios físico, nível de independência e relações sociais, o que não foi observado nos estudos de Mendonça (2007), que não detectaram correlação significativa entre o tempo em tratamento e os domínios da QV.

Os avanços da tecnologia na área de diálise contribuíram substancialmente para o aumento da sobrevida dos pacientes renais crônicos. Entretanto, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir na QV dessa população (NETO *ET AL.*, 2000).

Kimmel *et al.* (2003) realizaram um estudo multicêntrico com 165 pacientes dialíticos mostrando associação direta entre crenças espirituais (utilizando a Escala de Crenças Espirituais), QV e satisfação com a vida.

Berman *et al.* (2004), em seus estudos em um centro na Filadélfia (EUA), verificaram que, dos 74 pacientes envolvidos, os que apresentaram elevados valores na escala de religiosidade intrínseca -aspecto que faz parte do indivíduo realmente religioso, que internaliza sua fé e suas crenças na vida diária- mostraram também elevada satisfação com a QV.

O editorial de Finkelstein *et al.* (2007) teve como tema central a relação entre espiritualidade, QV e paciente em diálise, visto ser tão difícil conseguir um impacto positivo na QV de pacientes em diálise. Dessa forma, parece importante explorar o papel da espiritualidade na coordenação e suporte ao cuidado destes pacientes.

Contudo, Makluf *et al.* (2006) apontam a religiosidade como uma variável que pode apresentar tanto efeitos positivos como negativos sobre a QV dos indivíduos, mas que surge como possível fator de prevenção do desenvolvimento de doenças na população previamente sadia e de eventual redução de óbito ou impacto em diversas doenças.

O objetivo da religião é a salvação da alma e não a cura, podendo proporcionar, adicionalmente, o bem-estar psicológico, pois o ser humano religioso ancora a sua existência no 'Absoluto'. Pode-se interpretar a religiosidade como um fator de proteção do vazio e do desespero existencial (FRANKL, 2003). Nesse sentido, a religiosidade poderia oferecer bem-estar psíquico ao sujeito e ajudar o homem na busca de respostas para suas indagações de cunho filosófico-existencial. Entretanto, não se pode conceber que a ausência de religiosidade conduza a doenças, mas é compreensível que a religiosidade pode se constituir em fator de proteção ou mesmo de enfrentamento diante das adversidades do cotidiano. Assim, a religiosidade não é uma condição necessária nem suficiente para o bem-estar psicológico, mas pode levar a uma cosmovisão capaz de ajudar o indivíduo a descobrir sentidos na vida.

Considerações finais

Evidencia-se com esse estudo que, de forma geral, há influência da religiosidade na QV dos pacientes renais crônicos. Observou-se que os componentes da atitude religiosa apresentaram correlação positiva com os domínios relações social, psicológico, nível de independência e ambiental. Entretanto, não houve influência da religiosidade sobre o domínio físico. Assim, constatou-se que a religiosidade é fonte de conforto e esperança para os pacientes, fortalecendo-os, promovendo bem-estar geral e ajudando na aceitação da condição inevitável.

Quanto à QV, o domínio ambiental foi o

que sofreu menor impacto na vida desses pacientes, enquanto o domínio físico foi o mais afetado, o que significa que quanto maior o tempo da doença, maior comprometimento ocorre nos aspectos físicos dos pacientes renais crônicos. Uma vez que, como foi constatado neste e em outros estudos, a

religiosidade possui um papel importante para o paciente em hemodiálise, principalmente melhorando sua QV e auxiliando no enfrentamento da doença, esse aspecto deve ser considerado pelos profissionais que assistem a esse tipo de paciente. ■

Referências

- BERMAN, E.; JON, F.; MERZ, M.R.; RICHARD, W.S. Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life, and adherence. *American Journal of Kidney Diseases*, New York, v.44, n. 3, p. 488-497, 2004.
- CASTRO, M.; CAIUBY, A.V.S.; DRAIBE, S.A.; CANZIANI, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.49, n. 3, p. 245-249, 2003.
- CHITOLINA, J.; AUDINO, M.C. *Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica submetidos à Hemodiálise Pré e Pós Cinesioterapia Geral*. Disponível em: <http://www.fisioweb.com.br/portal/artigos/43-art-cinesioterapia/1068-avaliacao-da-qualidade-de-vida-dos-pacientes-com-insuficiencia-renal-chronica-submetidos-a-hemodialise-pre-e-pos-cinesioterapia-geral.html>. Acesso em: 18 maio 2011.
- DINIZ, A.C.; AQUINO, T.A.A. A relação da religiosidade com as visões de morte. *Religare – Revista de Ciências das Religiões*, João Pessoa, v. 1, n. 6, p. 90-105, 2009.
- DOORN, K.J.; HEYLEN, M.; METS, T.; VERBEELEN, D. Evaluation of functional and mental state and quality of life in chronic hemodialysis patients. *International Urology and Nephrology*, Budapest, v.36, n.2, p.263-267, 2004.
- DUARTE, P.S.; MIYAZAKI, M.C.O.S.; CICONELLI, R.M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003.
- FERREIRA, R.C. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília - São Paulo. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 21-29, 2008.
- FINKELSTEIN, F.O.; WEST, W.; GOBIN, J.; FINKELSTEIN, S.H.; WUERTH, D. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Nephrol. Dial. Transplant.* v.22, n.9, p.2432-2434, 2007.
- FRANKL, V. *A presença ignorada de Deus*. (Der unbewusste Gott: sychotherapie und religion). Trad. de Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold. 7. ed. São Leopoldo: Vozes, 2003.
- KIMMEL, P.L.; EMONT, S.L.; NEWMANN, J.M.; DANKO, H.; MOSS, A.H. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *American Journal of Kidney Diseases*, New York, v. 42, n.4, p. 713-721, 2003.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L.G.C.; GRANERO, A.L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v.32, n.1, p. 128-132, 2010.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.52, n.1, p.49-58, 2006.

MENDONÇA, D.P. *Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise*. Goiânia, 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, 2007.

MERKUS, M.P.; JAGER, K.J.; DEKKER, F.W.; BOESCHOTEN, E.W.; STEVENS, P.; KREDIET, R.T. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *American Journal of Kidney Diseases*, New York, v.29, n.4, p.584-592, 1997.

NETO, J.F.R.; FERRAZ, M.B.; CENDOROGLIO, M.; DRAIBE, S.; YU, L.; SESSO, R. Quality of life at the initiation of dialysis treatment—a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. *Quality Life Res*, v.9, n.1, p.101-107, 2000.

PANZINI, R.G.; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.R.; FLECK, M.P. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiátrica Clínica*, v.34, n.1, p.105-115, 2007.

RIELLA, M.C. *Princípios de nefrologia e distúrbios Hidroeletrólíticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANTOS, P.R. Associação de qualidade de vida com hospitalização e óbito em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v.27, n.4, p. 184-190, 2005.

———. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.52, n.5, p.356-359, 2006.

TERRA, F.S.; COSTA, A... Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro. v.15, n.3, p.430-436, 2007.

TRENTINI, M.; CORRADI, E.M.; ARALDI, M.A.; TIGRINHO, F.C. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.13, n.1, p.12-29, 2004.

UNRUH, M.I.; HARTUNIAN, M.G.; CHAPMAN, N.M.; JABER, B.I. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintain dialysis. *Clin Nephrol*. v.59, n.4, 2003, p.280-288.

ZANEI, S.S.V. *Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Abref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares*. São Paulo, 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em janeiro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve