

Bem estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico

Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis
Bienestar espiritual y calidad de vida de ancianos en tratamiento de hemodiálisis

**Calíope Pilger¹, Renata Ohana Pereira dos Santos¹, Maicon Henrique Lentsck²,
Sueli Marques³, Luciana Kusumota³**

¹ Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão, Curso de Enfermagem. Catalão-GO, Brasil.

² Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Enfermagem. Guarapuava-PR, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Pilger C, Santos ROP, Lentsck MH, Marques S, Kusumota L. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(4):689-96. [Thematic Edition “Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing”] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>

Submissão: 08-01-2017

Aprovação: 16-02-2017

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre o bem-estar espiritual, variáveis sociodemográficas, econômicas, religiosas e de saúde com a qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. **Método:** Estudo transversal e correlacional feito com 169 idosos que realizavam hemodiálise. Foram realizadas entrevistas para caracterização sociodemográfica, econômica, religiosa e de saúde, além de aplicação da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE) e de Qualidade de vida (QV) (WHOQOL- bref e WHOQOL - Old). **Resultados:** A maioria dos idosos possuía moderado bem-estar espiritual total (EBE). Com relação à QV, os domínios psicológico (66,8; dp = 13,9) e relações sociais (66,8; dp = 15,1) apresentaram os maiores escores médios. A correlação dos domínios do WHOQOL- bref com os escores da escala de EBE foi positiva, com significância estatística em todos os domínios e nas subescalas, exceto no domínio meio ambiente. **Conclusão:** A QV dos idosos está relacionada, seja de forma positiva ou negativa, com o constructo EBE.

Descritores: Diálise Renal; Espiritualidade; Qualidade de Vida; Religião; Idoso.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between spiritual well-being, sociodemographic, economic, religious, and health variables and the quality of life of older adults undergoing hemodialysis. **Method:** This was a cross-sectional and correlational study conducted with 169 older adults undergoing hemodialysis. The researchers conducted interviews to collect sociodemographic, economic, religious, and health data and applied the Spiritual Well-Being Scale (SWBS) and the WHO quality of life assessment (WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD). **Results:** Most of the older adults attained a moderate level of total spiritual well-being (SWB). In terms of QOL, the psychological domain (66.8; sd = 13.9) and social relationships domain (66.8; sd = 15.1) presented the highest mean scores. The WHOQOL-BREF domains were positively correlated with the SWB scale, with statistical significance among all domains and subscales except the environmental domain. **Conclusion:** The QOL of older adults was associated with the construct of SWB, either positively or negatively.

Descriptors: Renal Dialysis; Spirituality; Quality of Life; Religion; Aged.

RESUMEN

Objetivo: Analizar relación entre bienestar espiritual, variables sociodemográficas, económicas, religiosas y de salud con la calidad de vida de ancianos en tratamiento de hemodiálisis. **Método:** Estudio trasversal, correlacional, realizado con 169 ancianos en tratamiento de hemodiálisis. Fueron efectuadas entrevistas para caracterización sociodemográfica, económica, religiosa y de salud, además de aplicación de la Escala de Bienestar Espiritual (EBE) y de Calidad de Vida (QV) (WHOQOL-bref y WHOQOL-Old). **Resultados:** La mayoría de los ancianos tenía bienestar espiritual total (EBE) moderado. Respecto a la QV, los dominios psicológico (66,8; SD = 13,9) y relaciones sociales (66,8; SD = 15,1) presentaron los mayores puntajes medios.

La correlación de los dominios del WHOQOL-bref con los puntajes de la escala de EBE fue positiva, con significatividad estadística en todos los dominios y las subescalas, excepto en el dominio medioambiente. **Conclusión:** La QV de los ancianos está relacionada, tanto positiva como negativamente, con el constructo EBE.

Descriptores: Diálisis Renal; Espiritualidad; Calidad de Vida; Religión; Anciano.

AUTOR CORRESPONDENTE Calíope Pilger E-mail: caliopepilger@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Desde tempos imemorráveis, crenças, práticas e experiências espirituais e religiosas têm sido um dos componentes mais prevalentes e influentes da maioria das sociedades⁽¹⁾. Estudos antropológicos atuais têm mostrado que a visão religiosa continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo saúde e doença⁽²⁾, ganhando espaço em estudos sobre saúde, sobretudo em idosos⁽³⁻⁴⁾.

Assim como constatado por Simão, Caldeira e Carvalho⁽⁵⁾, modificações paradigmáticas importantes, como dimensões não materiais ou espirituais, estão inclusas no conceito de saúde. Ainda no século passado, a Organização Mundial da Saúde criou o Grupo de Qualidade de Vida, que incluiu o domínio Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais no seu instrumento genérico de avaliação de Qualidade de Vida (QV)⁽⁶⁾. Esse domínio estabeleceu a necessidade de expandir o conhecimento científico, no que tangencia o reconhecimento de necessidades espirituais, tanto dos pacientes quanto da população em geral. Assim, aspectos que transcendem o ser humano, para estruturas cósmicas mais elevadas que a limitação imposta pela matéria, reforçam os mecanismos que potencializam o modo pelo qual interagimos com o outro e com o mundo⁽⁵⁾.

A dimensão espiritual está relacionada ao encontrar sentido e respostas para aspectos fundamentais da vida por meio de experiências sagradas e transcendentais, que são capazes de proporcionar benefícios à saúde, além de ser a integração de valores, princípios, crenças e força interior, de caráter universal, subjetivo, multidimensional, de transcendência, sendo experimentada individualmente^(4,7-8). Uma das formas de mensurar essa dimensão é por meio da avaliação do bem estar espiritual (EBE), medido pela percepção subjetiva de bem-estar da pessoa em relação à sua crença, que é experimentada quando o paciente encontra um propósito que justifica o comprometimento com algo na vida⁽⁹⁾. Além disso, também constitui-se como uma das quatro dimensões da saúde humana, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais⁽¹⁰⁾.

De acordo com Silva et al.⁽¹¹⁾, a religiosidade e espiritualidade são dimensões importantes para o bem-estar e enfrentamento de enfermidades, sendo ainda necessário aprofundar o conhecimento sobre crenças religiosas e espirituais, visto que podem influenciar no tratamento e na recuperação de condições crônicas de saúde.

Dentre as doenças mais danosas que acometem as pessoas, está a Doença Renal Crônica (DRC), que ocasiona desgaste à pessoa, determina modificações no cotidiano, gera

complicações resultantes do tratamento, além de apresentar diversos sinais e sintomas que levam à dependência do uso contínuo de medicações e à dificuldade de adaptação aos aparelhos e tratamentos que substituem parcialmente a função renal natural. Dentre esses aparelhos e tratamentos citados, está a hemodiálise (HD), que constitui uma das alternativas mais utilizadas e indispensáveis para o tratamento da DRC em vários países, sendo capaz de prolongar a vida desses pacientes⁽¹²⁻¹³⁾.

Em face aos condicionantes da DRC e do seu tratamento, a espiritualidade pode representar um recurso adicional de enfrentamento⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Assim como constatado em outros estudos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, ficou evidente que, para a evolução do quadro clínico de pacientes com DRC que fazem hemodiálise, os cuidados espirituais são tidos como estratégias positivas, necessárias, também compreendidas como fontes de enfrentamento e de melhora da QV.

Os brasileiros possuem uma forte fé em Deus e valorização do Sagrado, como é demonstrado pela diversidade de envolvimento com a religião que possuem. Muitas pessoas no Brasil atribuem sua melhora de saúde mais às forças espirituais que ao tratamento médico recebido. Diante disso⁽¹⁸⁾, relataram que é de grande interesse verificar se esse tipo de comportamento melhora e influencia a QV que, segundo o WHOQOL GROUP⁽¹⁹⁾, "é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". O comportamento religioso está especificamente relacionado à promoção do bem-estar da pessoa e ao possuir sentimentos positivos e de saúde.

Diante desse contexto, surgiu o interesse em realizar este estudo, que tem por objetivo analisar a relação entre o bem-estar espiritual, as variáveis sociodemográficas, econômicas, religiosas e de saúde com a QV dos idosos em tratamento hemodialítico do município de Ribeirão Preto – SP.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um projeto matriz, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal, correlacional e com abordagem quantitativa, desenvolvido nas cinco unidades de diálise do município de Ribeirão Preto – SP, com idosos que realizavam hemodiálise no período de setembro a novembro de 2013.

População do estudo e critérios de inclusão e exclusão

Fizeram parte do estudo os idosos que atendiam os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; possuir DRC e estar em tratamento hemodialítico regular; ter iniciado o tratamento em um período igual ou superior a seis meses; apresentar condição clínica estável; ser capaz de comunicar-se verbalmente; e ter funções cognitivas preservadas, de acordo com o Mini exame do Estado Mental - Mini Mental⁽²⁰⁾. Do total de 301 idosos que realizavam tratamento hemodialítico nas unidades de diálise, foram elegíveis para compor a amostra 169 participantes.

Protocolo do estudo

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista, com a aplicação de questionário com informações sociodemográficas, econômicas, religiosas e de saúde dos idosos por meio de instrumento produzido pelos autores, além dos instrumentos Escala de Bem-Estar Espiritual⁽⁹⁾ e dos questionários de Qualidade de Vida WHOQOL-bref⁽²¹⁾ e WHOQOL- old⁽²²⁾, que foram aplicados por entrevistadores capacitados.

A Escala de Bem- Estar Espiritual possui uma dimensão vertical e outra horizontal. O bem-estar religioso (BER) (números ímpares da escala) representa a dimensão vertical, satisfação na conexão pessoal com Deus ou com algo que se considere como absoluto. Já o bem-estar existencial (BEE) (números pares da escala) é dimensão horizontal, que se refere à percepção da pessoa em relação ao propósito da vida independentemente de uma referência religiosa. Essa escala totaliza 20 itens, com seis opções de resposta tipo likert: Concordo Totalmente (CT), Concordo mais que discordo (Cd), Concordo Parcialmente (CP), Discordo Parcialmente (DP), Discordo mais que concordo (Dc) e Discordo Totalmente (DT). Tais opções resultam de 1 a 6 (sendo 1 o menor bem-estar espiritual e 6 o maior), podem ser respondidos em cinco minutos e mensuram o construto a que se propõem. As questões com conotação positiva relacionado ao bem estar espiritual (3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19, 20,) têm sua pontuação somada do seguinte modo: CT = 6, CP = 5, CD = 4, DC = 3, DP = 2 e DT = 1. As demais questões são negativas e devem ser somadas de forma invertida (CT=1, Cd=2, CP=3 e assim por diante). O total da escala é a soma das pontuações dessas 20 questões (somatória dos itens positivos e negativos), que resulta no EBE (Bem Estar Espiritual Total), com os escores podendo variar de 20 a 120⁽⁹⁾.

O questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais (24 questões) representam cada uma das 24 facetas, divididas em quatro domínios (físico, social, psicológico e meio ambiente) que avaliam aspectos específicos da vida da pessoa. Assim, no WHOQOL-bref, cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Cada questão possui escores de 1 a 5, em escala tipo likert, transformados numa escala linear que varia de 0 a 100 (0 = QV menos favorável e 100 = a mais favorável QV)^(21,23).

O questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-old consiste em um módulo do WHOQOL-bref para avaliação

da QV de idosos que representa uma alternativa útil e com bom desempenho psicométrico, visto que aborda questões referentes aos pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos da QV, direcionada a membros mais velhos da sociedade. O questionário consiste em 24 itens de uma escala tipo Likert (pontuação de 1 a 5) atribuídos a seis facetas: Funcionamento do Sensório; Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras; Participação Social; Morte e Morrer; e Intimidade. Cada uma das facetas possui 4 itens, podendo obter valores entre 4 e 20 pontos em cada uma. A soma dos escores das facetas resulta no escore geral para a QV em idosos⁽²¹⁻²²⁾.

Análise dos resultados e estatística

Para a análise dos dados, elaborou-se uma planilha no programa Excel (2013) para Windows, com realização de dupla digitação, validação e conferência dos dados. Todas as análises foram realizadas por meio do software SAS[®] 9.1. Para as análises descritivas dos dados sociodemográficos, econômicos, religiosos, de saúde, do Bem-Estar Espiritual e Qualidade de Vida, foram utilizadas medidas de posição, dispersão, variabilidade e de frequência simples. Também foram geradas análises de frequência bivariada, visto que, de acordo com os objetivos do estudo, propôs-se a utilização do coeficiente de correlação de Pearson. Para interpretação da magnitude dos coeficientes de correlação, adotou-se a seguinte: $0 \leq |rs| < 0,3$ = correlação fraca; $0,3 \leq |rs| < 0,7$ = correlação moderada; $0,7 \leq |rs| \leq 1$ = correlação forte.

RESULTADOS

Dos 169 idosos entrevistados, 125 (74%) eram do sexo masculino, com idade que variava entre 60 e 99 anos, sendo a média de 70,1 anos (dp=6,98). A faixa etária entre 60 e 69 anos apresentou maior distribuição de pacientes (53,3%). Houve predomínio da cor da pele branca (63,9%), o estado civil que prevaleceu foi casado/reside junto (65,1%) e, em relação à escolaridade, 51,5% dos idosos tiveram de 1 a 4 anos de estudo, com média de 5,9 anos (dp=4,9). A grande maioria (97,0%) possuía renda e era católica (61,5%), mas havia também evangélicos (27,7%) e espíritas (8,9%), com 136 (81%) que consideraram-se religiosos. Dos que não se consideravam religiosos, os homens apresentaram uma prevalência maior (18,3%), comparados às mulheres (0,6%) (Tabela 1).

Com relação à média global, a QV dos idosos foi de 64,0 (dp=15,8), de acordo com o WHOQOL-bref. Em relação aos domínios, os maiores escores foram identificados nos domínios psicológico (66,8; dp=13,9) e relações sociais (66,8; dp=15,1), sendo o menor escore médio 55,5 (dp=16,5), no domínio físico. Já a QV global mensurada pelo WHOQOL-old apresentou um escore médio de 66,3 (dp=10,6). Na análise por facetas, a intimidade (73,6; dp=15,9), a morte e morrer (69,4; dp= 25) e a participação social (59,6; dp= 15,6) apresentaram as maiores médias (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas, econômicas, religiosas e espirituais dos idosos que realizam hemodiálise, segundo sexo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária						
60-69 anos	68	40,2	22	13,0	90	53,3
70-79 anos	46	27,2	14	8,3	60	35,5
Cor da pele						
Branca	80	47,3	28	16,6	108	63,9
Preta	23	13,6	12	7,1	35	20,7
Parda	13	7,7	4	2,4	17	10,1
Amarela	8	4,7	-	-	8	4,7
Sem declaração	1	0,6	-	-	1	0,6
Estado civil						
Casado/reside junto	91	53,8	19	11,3	110	65,1
Viúvo	15	8,9	20	11,8	35	20,7
Divorciado/Separado	13	7,7	3	1,8	16	9,5
Solteiro	6	3,5	2	1,1	8	4,7
Anos completos de estudo						
Nenhum	10	6,0	4	2,4	14	8,3
1 a 4	63	37,3	24	14,2	87	51,5
5 a 9	18	10,6	11	6,5	29	17,2
10 ou mais	34	20,1	5	3,0	39	23,0
Possui renda						
Sim	124	73,4	40	23,7	164	97,0
Não	1	0,6	4	2,7	5	3,0
Religião/Doutrina						
Católica	80	47,3	24	14,2	104	61,5
Evangélica	22	13,0	13	7,7	35	20,7
Espírita	10	5,9	5	3,0	15	8,9
Budista	1	0,6	-	-	1	0,6
Outro	4	2,3	-	-	4	2,3
Não possui religião	8	4,7	1	0,6	9	5,3
Considera-se religioso						
Não	31	18,3	1	0,6	32	19,0
Sim	93	55,0	43	25,4	136	81,0
Outro	1	0,6	-	-	1	0,6

Tabela 2 – Qualidade de Vida em idosos que realizavam hemodiálise, segundo domínios do WHOQOL-bref e facetas do WHOQOL-old, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013

Variáveis	Mínimo	Mediana	Média	Desvio-Padrão
Domínios WHOQOL- bref				
Domínio físico	14,3	57,1	55,5	16,5
Domínio psicológico	25,0	66,7	66,8	13,9
Domínio relações sociais	25,0	66,7	66,8	15,1
Domínio meio ambiente	25,0	65,3	63,4	10,7
Qualidade de vida global	25,0	62,5	64,0	15,8
Facetas WHOQOL-old				
Habilidade sensorial	6,25	68,7	65,7	22,7
Autonomia	6,25	62,5	62,7	13,5
Atividades passadas, presentes e futuras	6,25	68,7	66,7	13,7
Participação social	18,7	62,5	59,6	15,6
Morte e morrer	-	75,0	69,4	25,0
Intimidade	12,5	75,0	73,6	15,9
Qualidade de vida global	27,0	66,7	66,3	10,6

Percebeu-se que os idosos possuíam moderado bem-estar espiritual total (EBE), com média de 93 (dp = 13,52). Ao analisar os escores médios obtidos, foi possível verificar que na subescala Bem-Estar Existencial (BEE) (43,4; dp = 7,59) os idosos apresentaram moderado nível de satisfação e propósito para a vida. Com relação à subescala Bem-Estar Religioso (BER), os participantes apresentaram média alta (50; dp = 7,54), o que reflete uma relação positiva com Deus.

Quando avaliados os valores da escala de EBE e sua relação com as variáveis sociodemográficas, econômicas e religiosas dos idosos, observa-se que, ao correlacionar as variáveis idade, anos de estudo, renda, número de comorbidades, frequência de internações e tempo de hemodiálise com EBE, BER e BEE, não houve correlações com significância estatística. A correlação entre valores médios da escala de EBE e as variáveis sociodemográficas, econômicas e religiosas dos idosos também não apresentou significância (Tabela 3).

A Tabela 4 demonstra que quanto maiores os escores de EBE, BER e BEE maiores são os escores de qualidade de vida avaliada pelos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Nesse sentido, a correlação dos domínios do WHOQOL-bref com os escores da escala de EBE foi positiva e com significância estatística em todos os domínios e nas subescalas, exceto no domínio meio ambiente, que não apresentou correlação na subescala bem-estar religioso ($p = 0,152$). O domínio psicológico apresentou correlação moderada para o EBE (0,54) e BEE (0,547).

Com relação à QV global avaliada por meio do WHOQOL-old, foi apresentada uma correlação com significância estatística para EBE ($r = 0,37$; $p < 0,001$) assim como em suas subescalas BER ($r = 0,18$; $p < 0,018$) e BEE ($r = 0,49$; $p < 0,001$). Obtiveram-se correlações positivas moderadas entre a faceta intimidade ($r = 0,41$; $p < 0,001$) para EBE e as facetas autonomia ($r = 0,40$; $p < 0,001$), atividades passadas, presentes e futuras ($r = 0,47$; $p < 0,001$) e intimidade ($r = 0,46$; $p < 0,001$) para BEE, nessa mesma subescala (Tabela 4). Ainda na tabela 4, encontrou-se correlação positiva fraca entre a faceta participação social e EBE, bem como correlação positiva moderada com o BEE, ambas com significância estatística, $p = 0,000$ e $p < 0,000$, respectivamente.

Diante dos achados desta pesquisa, pode-se perceber que a QV dos idosos está relacionada com o constructo EBE, seja na sua dimensão vertical, que é a satisfação na conexão pessoal com Deus ou com algo que se considere como absoluto, seja na dimensão horizontal, que se refere à percepção da pessoa em relação ao propósito da vida, independentemente de uma referência religiosa.

Tabela 3 – Correlação de Pearson entre variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos que realizavam hemodiálise, o Bem-Estar Espiritual e suas respectivas subescalas, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013

Variáveis	Bem-Estar Espiritual total		Bem-Estar Religioso		Bem-Estar Existencial	
	r*	p**	r*	p**	r*	p**
Idade	-0,05	0,523	-0,01	0,866	-0,07	0,331
Anos de estudo	0,04	0,606	-0,05	0,477	0,12	0,103
Renda	-0,04	0,536	-0,14	0,069	0,05	0,488
Comorbidades	0,03	0,693	0,04	0,557	0,00	0,903
Número de internações	0,06	0,416	0,03	0,677	0,08	0,300
Hemodiálise***	0,05	0,496	0,07	0,334	0,02	0,798

Nota: *Coeficiente de Correlação de Pearson; **Significância estatística para $p < 0,05$ na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares; ***Em tempo (anos).

Tabela 4 – Correlação de Pearson entre os escores de Bem-Estar Espiritual, suas respectivas subescalas e domínios do WHOQOL-bref e WHOQOL-old de idosos que realizaram hemodiálise, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013

Domínios	Bem-Estar Espiritual total		Bem-Estar Religioso		Bem-Estar Existencial	
	r*	p**	r*	p**	r*	p**
WHOQOL-bref						
Físico	0,25	0,001	0,16	0,036	0,28	<0,001
Psicológico	0,54	<0,001	0,38	<0,001	0,59	<0,001
Relações sociais	0,34	<0,001	0,25	<0,001	0,35	<0,001
Meio ambiente	0,29	<0,001	0,11	0,152	0,41	<0,001
WHOQOL-old						
Funcionamento dos sentidos	0,02	0,708	-0,06	0,443	0,11	0,152
Autonomia	0,31	<0,001	0,16	0,034	0,39	<0,001
Atividades passadas, presentes e futuras	0,38	<0,001	0,21	0,006	0,47	<0,001
Participação social	0,28	<0,001	0,14	0,057	0,36	<0,001
Morte e morrer	0,11	0,149	0,05	0,496	0,14	0,058
Intimidade	0,41	<0,001	0,26	<0,001	0,46	<0,001
Qualidade de vida global	0,37	<0,001	0,18	0,018	0,49	<0,001

Nota: *Coeficiente de Correlação de Pearson; **Significância estatística para $p < 0,05$ na hipótese de que o grupo estudado constituísse uma amostra probabilística de uma população com características similares.

DISCUSSÃO

A mensuração do constructo espiritualidade é complexa, pois os aspectos que o envolvem são muito amplos. Nesta pesquisa, foi mensurado o nível de bem-estar espiritual, visto que é um dos seus aspectos passíveis de avaliação. Esse conceito, Bem-Estar Espiritual, é mensurado pela percepção subjetiva de bem-estar da pessoa em relação à sua crença, que é experimentada quando o paciente encontra um propósito que justifica o comprometimento com algo na vida. Além disso, reflete a autopercepção de bem-estar em termos do que a própria pessoa entende como sendo o sentido de “espiritual”, quer seja com uma conotação religiosa ou existencial^(9,24).

Os primeiros resultados referentes às variáveis sociodemográficas demonstram que a maior parte dos pacientes é casada

(61,6%). De acordo com Chatrung, Soraijakool e Amnatsatsue⁽¹⁷⁾, as relações conjugais dos pacientes podem ser consideradas fatores de grande relevância, pois propiciam uma sensação de conforto quando estão acolhidos por seus parceiros.

O predomínio do sexo masculino entre os indivíduos avaliados no estudo (74,0%) está em consonância aos 62,5% encontrados na pesquisa de Chatrung, Soraijakool e Amnatsatsue⁽¹⁷⁾ e à prevalência identificada em outros estudos⁽²⁵⁻²⁷⁾. Esse alto percentual encontrado nos trabalhos pode prever que indivíduos do sexo masculino podem ser acometidos por doenças crônicas, incluindo as renais, em virtude dos mesmos julgarem-se invulneráveis, o que contribui para que cuidem menos da própria saúde e se exponham mais às situações de risco⁽²⁸⁾.

Neste estudo, pôde-se perceber que, com exceção de nove participantes que não tinham religião, todos os outros frequentavam igreja católica, evangélica, centro espírita, entre outros, mostrando uma diversidade religiosa entre os eles. Esses dados corroboram com pesquisa de Cruz et al.⁽²⁶⁾ feita com pacientes filipinos que realizam hemodiálise, pois encontraram que 86% dos seus participantes eram religiosos, bem como com dados nacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽²⁹⁾, que consolidou o crescimento da população evangélica (22,2%) e indicou um aumento do total de espíritas (2,02%).

O sexo feminino apresentou maior porcentagem de crença religiosa. Tal fato pode ser explicado pelo forte hábito de mulheres irem à igreja com maior frequência que os homens e por apresentarem tanto mais interesse quanto forte compromisso religioso pessoal⁽¹⁷⁾.

A religião ou crença religiosa fornece aos indivíduos uma maior sensação de bem-estar^(17,26). Estudos analisam que há relação entre a espiritualidade e os vários aspectos da saúde mental, mostrando que pessoas são mais saudáveis mentalmente e se adaptam com mais sucesso ao estresse quando são religiosas⁽¹⁴⁻¹⁸⁾. Outras pesquisas mostram o envolvimento entre religião e saúde com objetivo terapêutico⁽³⁰⁾, demonstram que pessoas religiosas têm estilos de vida mais saudáveis⁽²⁶⁾ e possuem melhor qualidade de vida⁽³¹⁾.

Com relação ao bem-estar espiritual dos idosos da pesquisa, estes apresentaram moderado bem-estar espiritual total e

bem-estar existencial, o que representa um nível de satisfação e propósito da vida mediano e um alto bem-estar religioso, além de demonstrarem que possuem relação e visão positiva de Deus e do Sagrado. Os dados sugerem ainda que, apesar dos estresses e limitações que a DRC e o tratamento impõem, os idosos apresentavam bem-estar em relação à sua crença e um moderado propósito e sentido para sua vida.

Silva et al.⁽³²⁾ desenvolveram um estudo para avaliar o bem-estar espiritual de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e encontraram médias similares às do atual estudo, com escore total de 94,8, situando os pacientes no nível moderado para o Bem-Estar Espiritual total, com obtenção, para as dimensões, de maior grau de Bem-Estar Religioso (51,50) do que de Bem-Estar Existencial (43,37). Já na pesquisa desenvolvida no Canadá com pessoas que realizam hemodiálise, as médias dos níveis de Bem-Estar Existencial e Bem-Estar Religioso apresentaram-se mais baixas, 42,9 e 38,8, respectivamente⁽¹⁴⁾.

Mensurar a QV de idosos é uma tarefa complexa e implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, demandando a análise de vários aspectos, tais como relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional, boa saúde, hábitos saudáveis, lazer, bens materiais, trabalho, longevidade, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, renda, *status* social, continuidade de papéis familiares, espiritualidade e religiosidade⁽³³⁾.

Com o processo de envelhecimento, há uma diminuição contínua e progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático do organismo. Em decorrência desse declínio, ocorre a diminuição gradual e progressiva da capacidade funcional dos idosos, o que pode limitá-los na realização de atividades da vida diária, e, conseqüentemente, apresentar pior qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) para as dimensões relacionadas à saúde física dos idosos em hemodiálise⁽²⁷⁾. Tais dados apoiam os achados encontrados nesta pesquisa, visto que o domínio físico apresentou o menor escore quando comparado aos outros domínios do WHOQOL-bref. Esse dado se assemelha aos da literatura científica, em estudos que utilizaram instrumentos diversos que mensuram o domínio físico^(27,34-36).

O domínio meio ambiente e o domínio físico estão relacionados de forma direta com a QV dos idosos. Como ressaltado por Pereira et al.⁽³⁷⁾, os idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a terem mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que pode estar relacionado com a QV.

No estudo de Davison e Jhangri⁽¹⁷⁾, que avaliaram a relação da QV com a saúde de pacientes com DRC e o bem-estar espiritual, encontraram que o BEE foi moderadamente associado com diversos domínios do instrumento *Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL-SF*, versão 1.3, incluindo os efeitos e a carga dos sintomas da DRC, função cognitiva, sono, relações sociais e saúde mental. Ainda explicaram que a espiritualidade pode afetar a saúde do paciente por meio de muitos mecanismos, já que as crenças espirituais e religiosas podem proporcionar significado, esperança e conforto, mesmo em situações de extremo sofrimento. Além do mais, a espiritualidade pode ajudar a preservar e melhorar a QVRS,

mesmo com os desafios físicos, sociais e emocionais que a DRC impõe em suas vidas. Diante desse contexto, percebe-se um dos possíveis motivos pelo qual houve uma correlação positiva e significativa quando avaliado o bem-estar espiritual com os domínios da qualidade de vida do WHOQOL-bref. Apenas não foi significativa a correlação entre o domínio meio ambiente e o bem-estar religioso. Contudo, o domínio psicológico se correlacionou moderadamente com o bem-estar espiritual total, bem-estar religioso e bem-estar existencial.

Os brasileiros têm uma forte fé em Deus, e, na dimensão espiritual, muitas pessoas creditam sua melhora de saúde mais às forças espirituais que ao tratamento médico recebido⁽¹⁸⁾. Diante disso, há um crescimento constante na literatura científica da relação positiva entre espiritualidade e religiosidade, saúde física, mental e QV⁽³⁸⁾.

Em relação às facetas do WHOQOL-old e correlação com a escala de EBE, foram encontradas correlações positivas e significativas entre as três subescalas de EBE e a as facetas atividades passadas, presentes e futuras, intimidade e participação social do WHOQOL-old. Quando analisados os conceitos dessas facetas, pode-se perceber que estão relacionados aos domínios do WHOQOL-bref, principalmente as atividades que envolvem questões sociais e com a comunidade. Tal resultado pode ser relacionado às limitações que os idosos apresentam ao longo do processo de envelhecimento, como já mencionado, para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), as quais se acentuam quando possui a DRC. Visto que essa doença impõe aos pacientes restrições e limitações, principalmente após a introdução do tratamento dialítico, muitas pessoas podem se tornar incapazes de desenvolver atividades do seu cotidiano individual, social e familiar⁽³⁹⁾.

Floriano e Dalgalarrodo⁽⁴⁰⁾ descreveram que observar o idoso dentro de um contexto familiar e social, com suas limitações, rede de relações e crenças, é fundamental para a compreensão e entendimento do processo saúde e doença e os determinantes da QV.

Limitações do estudo

O estudo apresentou limitações em seu desenvolvimento por ser uma pesquisa com delineamento transversal, o que não possui subsídios para evidenciar a relação de causa e efeito e modificações de variáveis ou conceitos ao longo do tempo.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Diante desse contexto, emerge a necessidade de realizar uma assistência pautada na dimensão espiritual e religiosa, para que assim enfermeiros possam propor planos de cuidado, com diagnósticos e intervenções de enfermagem. Além disso, há os resultados esperados voltados para essas dimensões, as quais muitas vezes são esquecidas e não utilizadas pelos profissionais, representando uma ferramenta extra para realizar o cuidado integral.

CONCLUSÃO

Os idosos apresentaram moderado bem-estar espiritual total e bem-estar existencial, enquanto foram avaliados com alto

bem-estar religioso. Além disso, o bem-estar espiritual total foi correlacionado positivamente com os quatro domínios do WHOQOL-bref (físico, meio ambiente, psicológico e relações sociais). Algumas facetas do WHOQOL-old (autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade) apresentaram similaridades conceituais com os domínios do WHOQOL-bref, como participação social, intimidade e atividades passadas, presentes e futuras.

Pôde-se perceber, ao final da pesquisa, que os idosos que realizavam hemodiálise valorizavam a religiosidade e a espiritualidade em seu cotidiano e em seu tratamento. A QV dos desses pacientes está relacionada, seja de forma positiva ou negativa, com o constructo bem-estar espiritual.

De acordo com estudos já realizados e resultados desta pesquisa, percebe-se a relação do constructo bem-estar espiritual

com a QV de pacientes acometidos por doenças crônicas, em especial a DRC. Embora a temática central deste estudo seja relevante para o campo científico, faz-se necessária a formulação de novos estudos para evidenciar e comprovar cientificamente a relação entre a dimensão espiritual e religiosa e o bem-estar físico, mental, social, ambiental dos idosos. Desse modo, é possível produzir conhecimentos embasados em conceitos considerados subjetivos de mensuração e, muitas vezes, empíricos.

FOMENTO

A agência de fomento que auxiliou o desenvolvimento desta pesquisa foi a FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Almeida AM. Espiritualidade e saúde mental: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. Zen Review [Internet]. 2010 [cited 2014 May 14];01(esp):1-6. Available from: <http://www.hoje.org.br/arq/artigos/Espiritual1.pdf>
2. Marukami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012[cited 2016 Oct 05];65(2):361-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>
3. Barriceli ILFOBL, Sakumoto IKY, Silva LHM, Araujo BV. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2012[cited 2016 Oct 05];15(3):505-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n3/v15n3a11.pdf>
4. Soares AS, Amorim MI. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. Rev Port Enf Saúde Ment [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 10];Esp2:45-51. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a08.pdf>
5. Simão TP, Caldeira S, Carvalho EC. The effect of prayer on patients health: systematic literature review. Religions [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 10];7(1):11. Available from: <http://www.mdpi.com/2077-1444/7/1/11>.
6. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. [Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module]. Rev Saúde Pública [Internet]. 2003 [cited 2016 Nov 10];37(4):446-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16779.pdf> Portuguese.
7. Lephed L. Spirituality: everyone has it, but what is it? Int J Nur Pract [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 14];21(5):566-74. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12285/abstract;jsessionid=71985F1B042C3A8C6EC1FB2E4CB874E6.f04t01>
8. Szaflarski M, Kudel I, Cotton S, Leonard AC, Tsevat J, Ritchey, PN. Multidimensional assessment of spirituality/religion in patients with HIV: conceptual framework and empirical refinement. J Relig Health [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 05];51(4):1239-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3085598/>
9. Marques LF, Sarriera JC, Dell'Aglio, DD. Adaptação e validação da escala de bem-estar espiritual (EBE). Aval Psicol [Internet]. 2009 [cited 2016 May 16];8(2):179-86. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712009000200004&script=sci_arttext
10. Poor HJ, Borji M, Borji M, Moslemi A. The relationship between spiritual well-being and quality of life and optimism on the staff of Arak University of Medical Sciences: health, spirituality and medical ethics [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 05];3(2):8-15. Available from: <http://jhsme.muq.ac.ir/article-1-86-en.pdf>
11. Silva C, Borges FR, Avelino CCV, Miarelli AVTC, Vieira GIA, Goyatá SLY. Spirituality and religiosity in patients with systemic arterial hypertension. Rev Bioét [Internet]. 2016[cited 2016 May 16];24(2):332-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/en_1983-8034-bioet-24-2-0332.pdf
12. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
13. Ebrahimi H, Zahra A, Eslampanah G, Noruzpur F. Relationship between spiritual well-being and quality of life in hemodialysis patients. J Nurs Midwif Scienc [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 05];1(3):41-8. Available from: <http://jnms.mazums.ac.ir/article-1-48-en.pdf>
14. Davison S, Jhangri GS. Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2010 [cited 2016 Feb 16];5(11):1969-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20651152>
15. Melo CF, Sampaio IS, Souza DLA, Pinto NS. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de

- literatura. *Est Pesq Psicol*. 2015;15(2):447-64.
16. Deal B, Grassley JS. The lived experience of giving spiritual care: a phenomenological study of nephrology nurse working in acute and chronic hemodialysis settings. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 20];39(6):471-81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469413>
 17. Chatrung C, Sorajjakool S, Amnatsatsue K. Wellness and religious coping among Thai individuals living with chronic kidney disease in Southern California. *J Relig Health* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 19];54(6):2198-211. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25300413>
 18. Rocha NS, Fleck MPA. Evaluation of quality of life and importance given to spirituality/religiousness/persona beliefs (SRPB) in adults with and without chronic health conditions. *Rev Psiq Clín*. 2011;38(1):19-23.
 19. Whoqol Group The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995 [cited 2016 Jan 20];41(10):1403-09. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>.
 20. Bertolucci PH, Brucki SMD, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 1994 [cited 2015 Jul 15];52(1):1-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
 21. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pizon V. Application of the portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000 [cited 2016 May 15];34(2):178-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
 22. Fleck MP, Chachamovic E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.
 23. Cruz LN, Polanczyk CA, Camey AS, Hoffman JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-BREF in a southern general population sample. *Qual Life Res* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 19];20(7):1123-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21279448>.
 24. Paluotzian RF. Dossier: Religion and Health – Article: The Spiritual Well-Being Scale: Portuguese translation and suggestions for use. *Horizonte* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 08];14(41):76-88. Available from: <http://dx.doi.org/10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p76>
 25. Zaben FA, Khalifa DA, Sehlo MG, Al Shohaib S, Binzaqr SA, Badreq AM et al. Religious involvement and health in dialysis patients in Saudi Arabia. *J Relig Health* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 08];54(2):713-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25316206>
 26. Cruz JP, Colet PC, Quabeilat H, Al-Otaibi J, Coronel EL, Suminta RC. Religiosity and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study on Filipino Christian Hemodialysis Patients. *J Relig Health* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 08];55(3):895-908. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-015-0103-9/fulltext.html?view=classic>
 27. Kusumota L, Marques S, Hass VJ, Rodrigues RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enfer* [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 19];21(Esp):152-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a03v21ns.pdf>
 28. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. *J Bras Nefrol* 2016;38(1):54-61.
 29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 10]. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=3&idnoticia=2170&view=noticia>
 30. Mapes DL, Bragg-Gresham JL, Bommer J, Fukuhara S, McKeivitt P, Wikstrom B, Lopes AA: Health-related quality of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2007 [cited 2016 Jun 19];44(Suppl 2):54–60, 2004. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15486875>
 31. Tan H, Wuthilert C, O'Connor M. Spirituality and quality of life in older people with chronic illness in Thailand. *Prog Palliat Care* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 19];19(4):177-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1179/1743291X11Y.0000000013>
 32. Silva LAM, Mezzomo NF, Pansard HM, Arantes LC, Rempel W, Argenta LC, et al. Sobrevida em hemodiálise crônica: estudo de uma coorte de 1.009 pacientes em 25 anos. *J Bras Nefrol*. 2009;31(3):190-97.
 33. Santos LF. Participação em grupo de promoção da saúde e qualidade de vida de idosos 2014. 389f. [Tese]. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.
 34. Lucchetti G, Almeida LGC, Lucchetti ALG. Religiousness, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients. *Hemodial Int* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 19];16(1):89-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22099479>
 35. Ribeiro DV, Mendonça RCHR, Baptista MASF, Cesarino CB, Rodrigues CC, Landim WP. Demographic and clinical factors associated with health-related quality of life of kidney-transplanted patients. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 16];10(1):57-64. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7741>
 36. Nepomuceno FCL, Melo Jr IM, Silva EA, Lucena KDT. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 05];38(100):119-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0119.pdf>
 37. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribution of the physical, social,

- psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderly. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2006 Apr [cited 2016 Oct 05];28(1):27-38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>.
38. Silva MS, Kimura M, Stelmach R, Santos VLG. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2016 Oct 05];43(S):1187-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a07v43s2.pdf
 39. Oller GASAO, Ribeiro RCHM, Travagim DSA, Batista MA, Marques S, Kusumota L. Functional independence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 19];20(6):1033-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/04.pdf>
 40. Floriano Petterson de Jesus, Dalgarrondo Paulo. [Mental health, quality of life and religion in a elderly sample of the Family Health Program]. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2007 [cited 2016 Oct 05] ; 56(3):162-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300002> Portuguese.
-