

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES**

**RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE**

FABIO CORREIA LIMA NEPOMUCENO

JOÃO PESSOA-PB

2011

FABIO CORREIA LIMA NEPOMUCENO

**RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões na Linha de Pesquisa Espiritualidade e Saúde, sob a orientação da Professora Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel

JOÃO PESSOA-PB

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

*"RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE"*

Fabio Correia Lima Nepomuceno

Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profa. Dr^a. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel
Orientadora



Prof. Dr^a. Rosângela Guimarães de Oliveira
Membro



Prof. Dr. Thiago Antonio Avellar de Aquino
Membro

Aos meus pais,

Que me propiciaram uma vida digna com educação, respeito ao próximo e amor. Sempre me mostrando que tudo é possível, desde que sejamos honesto, íntegro de caráter e responsável. Tendo a convicção de que desistir nunca seja uma ação contínua em nossas vidas; que sonhar e concretizar os sonhos só dependerão de nossa vontade.

Dedico este mestrado a vocês!!!

Nossa Senhora,

Na simplicidade de sua presença, nunca esteve ausente.

Nos momentos em que a angústia atormentava as celebrações da vida, ela soube reconhecer e interceder.

A escolhida mãe que já traz em si o Ágape. O amor sem limites, o amor que não exige retribuição.

Paí e mãe não desistem de amar os filhos. Sempre acolhem, educam, abraçam, perdoam, compreendem, ensinam e amparam nos momentos difíceis.

Deus é nosso Paí e Maria, a mãe escolhida para cuidar da humanidade, a rainha da paz, mãe Ágape, a presença do amor.

Por isso eu te peço, minha Mãe, intercede por mim.

Quando alguma coisa faltar, intercede por mim.

Quando eu me perder, intercede por mim.

Quando eu deixar de amar, intercede por mim.

Senhor, obrigado pela mãe que nos deste!!!

Fábio Correia Lima Nepomuceno

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dando força interior para superar as dificuldades, mostrando o caminho certo em todas as horas, dando-me sabedoria e discernimento para lidar com as situações. Pelo dom da vida, pela saúde, inspiração e conforto nos momentos de cansaço, conduzindo meus passos e minha mente para a concretização deste sonho.

A Nossa Senhora de Fátima, por sempre estar presente ao meu lado, me acolhendo, me abraçando, me ensinando e me mostrando o caminho do bem. Por ser a luz que guia todos os meus passos. Por ser presença viva em meu peito em todos os momentos da vida.

À minha família pelo carinho, paciência e incentivo, por toda ajuda nos momentos mais críticos, por acreditar no meu futuro e sucesso. Agradeço em especial aos meus pais que pelos seus esforços diários investiram e continuam a investir em mim, acreditando no meu crescimento, sempre estando ao meu lado, nas minhas quedas, nas minhas fraquezas, nas lutas, controvérsias, alegrias, conquistas, sonhos e vitórias. Quando a vida parece mais difícil, saber que conto com o apoio incondicional de vocês, torna minha carga muito mais leve. Obrigado por tudo que vi, ouvi e aprendi com vocês. Obrigado pelo grande incentivo aos meus estudos, pelos ensinamentos, formação e por toda confiança que depositaram em mim. Sem vocês eu não teria conhecido a importância do SABER e hoje não estaria realizando este sonho de ser MESTRE. Amo vocês!!! Meu muito obrigado!!!

A minha orientadora professora Dra. Berta Klüppel por acreditar em mim, mostrando o caminho da ciência, fazendo parte da minha vida neste momento especial de conquista, por ser exemplo de profissional. Obrigado pela sua atenção, paciência, apoio, carinho constantes e disponibilidade nos momentos de angústia, proporcionando-me a tranquilidade necessária para o término desta jornada. Obrigado pela ajuda e contribuição para o amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram à execução e conclusão deste trabalho.

Ao professor Dr. Thiago Aquino por aceitar participar da Banca Examinadora, por todas suas correções, contribuições e sugestões durante a qualificação que serviram para crescimento, aprendizado, incentivo e melhora desta pesquisa. Por toda sua disponibilidade, apoio e atenção durante a realização e construção dos resultados. Obrigado pela ajuda em todos os momentos. Saiba que tenho uma admiração pelo grande profissional humano e competente que és. Sua ajuda foi fundamental para a realização deste trabalho.

A professora Dra. Rosângela Guimarães pela amizade, paciência, compreensão e apoio. Obrigado por sempre ter me estimulado nos estudos e crescimento profissional. Saiba

que sou muito grato em ter você na minha vida, por todas as portas abertas e conselhos dados. Hoje estou aqui realizando este sonho graças a sua orientação profissional e incentivo constante para o crescimento acadêmico. Obrigado pela disponibilidade, por toda confiança depositada ao me dar o privilégio de fazer parte da coordenação da FCMPB, por colaborar na construção deste trabalho e por ter aceitado fazer parte da minha banca examinadora. Seus passos são espelhos para todos nós. Você é um exemplo de mulher de força, conquista, luta e vitória. Hoje você é peça fundamental para a concretização e realização deste trabalho. Existem pessoas especiais que entram nas nossas vidas, saiba que você é uma das principais na minha vida profissional. Que Deus te abençoe e Nossa Senhora de Fátima te ilumine sempre. Obrigado por tudo!!!

A minha amiga e companheira de Mestrado Márcia Delgado, por toda ajuda, compreensão, disponibilidade, partilha, força e palavras de conforto para enfrentar todas as dificuldades durante esses dois anos de mestrado. Obrigado por estar presente na minha vida neste momento tão especial de conquista e vitória. Que Deus ilumine sempre você e sua família. Que Nossa Senhora te abençoe e proteja!!! Meu muito obrigado!!!

Aos meus amigos e amigas: Rosa Camila, Adriana Silveira, Marcela Santos, Indiara Araújo, André Oliveira, Juliana Albuquerque, Ivaldo Menezes, Kaline Toscano, Isis Leite e Michelle Leal que dividem comigo todos os momentos da minha vida, sempre estando ao meu lado nos momentos de alegria e tristeza, nos momentos de dificuldades e vitórias!!! Obrigado por tudo!!!!

Agradeço a todos os professores e funcionários da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba que se fizeram presentes, que se preocuparam, que foram solidários, que compreenderam minhas ausências, estresses e que torceram por mim. Em especial agradeço aos amigos e amigas: Mercinha, Flavinha, André, Jandilson e Isair, por todas as contribuições e por compartilhar todos os dias de minha vida profissional.

A todos os amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando. Aos meus colegas de trabalho que participaram indiretamente me ajudando em todos os momentos. Em especial a Licânia Carneiro, pelo apoio e incentivo na busca deste mestrado. Por ter me apresentado ao grupo Hygia. Meu muito obrigado!!!!

A todos que sempre estiveram presentes me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação. Aos que, direta ou indiretamente, me ajudaram a vencer mais esta etapa de minha vida, contribuindo para a execução dessa dissertação de Mestrado. Aos pacientes que participaram desta pesquisa, pois sem eles nenhuma dessas páginas estaria completa.

NEPOMUCENO, Fábio Correia Lima. **Religiosidade e Qualidade de Vida dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise**. 2011- 97 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões), Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo estudar a religiosidade e a qualidade de vida (QV) de 100 pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, com idades variando entre 18 anos e 90 anos, sendo 50 pacientes do sexo masculino e 50 do feminino. Após os procedimentos éticos, na coleta de dados foram aplicados os seguintes questionários: Dados Sócio-Demográficos, formulário WHOQOL-Abreviado e Escala de Atitude Religiosa. Para as análises estatísticas os dados foram digitados na plataforma do SPSS, sendo realizados cálculos de percentagem, analisados alfa de Cronbach, utilizados o teste T de Student, cálculos de correlação de Pearson, análise de variância, além das médias e desvios padrão para a descrição do perfil dos participantes. Durante todo o processo de coleta de dados foi utilizado um diário de campo para as anotações informais sobre o conteúdo das falas dos pacientes, sendo estas apresentadas em quadros com as interpretações positivas e negativas dos seus discursos, através da análise de Bardin e Léxica. Os resultados encontrados permitiram identificar que os pacientes em estudo tinham o tempo mínimo de 12 meses e tempo máximo de 300 meses da doença renal crônica, com uma variação de 1 mês de tratamento à 144 meses. Quanto às opções religiosas, 60% da amostra se autodenominou católica. Com relação a carga fatorial mínima considerada para interpretação dos componentes, verificou-se que na escala de atitude religiosa, o primeiro componente reuniu 8 itens, com saturação variando de 0,83 a 0,48, apresentou desvio padrão de 8,6 e uma variância de 74,6%, com alfa de Cronbach de 0,87. O segundo componente agrupou 6 itens, com saturação variando de 0,80 a 0,55, desvio padrão de 7,7 e uma variância de 59,1%, alfa de Cronbach de 0,86. O terceiro componente coligou 7 itens, com uma variação de 0,70 a 0,47, desvio padrão foi de 5,8 e a variância de 34,1%, o alfa de Cronbach foi de 0,86. Foi observado na pesquisa que a autoavaliação da QV apresentou uma média de 3,8 com um desvio padrão de 0,8. Na satisfação com a sua saúde, obteve-se uma média de 3,2 com um desvio padrão de 1. O Domínio Físico obteve uma média de 9,6 com um desvio padrão de 2,5. No Domínio Psicológico se verificou uma média de 22 com um desvio padrão de 4. No Domínio Nível de Independência observou-se uma média de 12 com desvio padrão de 3. No Domínio Relações Sociais se obteve uma média de 11 com um desvio padrão de 2,5. Por fim, o Domínio Ambiental, onde chegou-se a uma média de 29 com um desvio de 4,5. O componente 1 da Escala de Atitude Religiosa se correlacionou com o domínio psicológico do Formulário WHOQOL-Abreviado ($r = 0,21, p < 0,05$). Além disso, também há uma correlação positiva entre este componente e o domínio relações sociais ($r = 0,25, p < 0,05$). Pode-se verificar também uma correlação positiva entre o componente 2 da atitude religiosa 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 positiva entre o componente 3 da Escala de Atitude Religiosa 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 ($r = 0,23, p < 0,05$). Houve também uma correlação positiva entre a satisfação com a QV e o componente de religiosidade 2 ($r = 0,22, p < 0,05$). Quanto ao tempo da doença e tempo de tratamento com os domínios da QV, observou-se uma correlação negativa entre o tempo da doença com o domínio físico ($r = -0,20, p < 0,05$), uma correlação negativa entre o tempo da doença e o domínio nível de independência ($r = -0,24, p < 0,05$), e uma correlação negativa com forte significância estatística entre o tempo de doença e o domínio relações sociais ($r = -0,27, p < 0,01$). Verificou-se neste trabalho que há uma influência da religiosidade com a QV dos pacientes renais crônicos, ou seja, foi observado que os componentes da atitude religiosa tiveram uma correlação positiva com os domínios relações sociais, psicológico, nível de independência e ambiental. Entretanto, não houve uma influência da religiosidade com o domínio físico. Assim, foi observado que a religiosidade é uma fonte de conforto e esperança para os pacientes, fortalecendo-os e promovendo bem-estar geral, ajudado a aceitação da condição inevitável.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica. Religiosidade. Qualidade de Vida.

NEPOMUCENO, Fábio Correia Lima. **Religiosity and Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease on Hemodialysis Treatment**. 2011 - 97 p. Dissertation (Graduate Program in Religious Sciences), Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

ABSTRACT

This research aimed to study the religiosity and quality of life (QV) of 100 patients with chronic renal failure on hemodialysis treatment, with the range of age varying from 18 years old to 90 years old, being 50 man and 50 women. After the ethical procedures, there were applied the following questionnaires: Socio-Demographic Data, WHOQOL-bref and Religious Attitude Scale. For statistical analysis the data were entered in the SPSS platform, executing calculations of percentages, analyzing Cronbach's alpha, used on the Student T test, Pearson correlation calculations, variance analysis, in addition to the average and standard deviations to describe the profile of participants. During the entire process of data collection it was used a field journal to write informal notes about the content of the patients' speeches, presented on tables with the positive and negative interpretations of their speeches, using the analysis of Bardin and Lexical. The results found enabled the identification of the time of the chronic kidney disease with the minimum period of 12 months and maximum period of 300 months of disease, ranging from 1 month to 144 months of treatment. Regarding the religious options, 60% of the sample described themselves as catholic. With respect to minimum load factor considered for interpretation of components, it was found that on the range of religious attitudes, the first component gathered 8 items, with saturation ranging between 0.83 and 0.48, had a standard deviation of 8,6 and a variance of 74.6%, with Cronbach's alpha of 0.87. The second component grouped 6 items, with saturation varying from 0.80 to 0.55, standard deviation of 7.7 and a variance of 59.1%, Cronbach's alpha 0.86. The third component collected 7 items, ranging from 0.70 to 0.47, standard deviation was 5.8 and variance 34.1%, alpha of Cronbach's was 0.86. It was observed on the research that the self-assessment about QV averaged 3.8 with a standard deviation of 0.8. On satisfaction with their health, we obtained an average of 3.2 with a standard deviation of 1. The Physical Domain averaged 9.6 with a standard deviation of 2.5. On the Psychological Field it was found an average of 22 with a standard deviation of 4. On the Field Level of Independence there was an average of 12 with a standard deviation of 3. On the Social Relations Domain it was averaged 11 with a standard deviation of 2.5. Finally, the Environmental Domain, where it reached an average of 29 with a deviation of 4.5. That component 1 of the Religious Attitude Scale was correlated with the psychological domain of WHOQOL-bref ($r = 0.21$, $p < 0.05$). Moreover, there is also a positive correlation between this component and the social relationships domain ($r = 0.25$, $p < 0.05$). You can also verify a positive correlation between the component 2 of the religious attitude with the independence level of QV ($r = 0.28$, $p < 0.01$) and the domain of social relationships ($r = 0.22$, $p < 0.05$). Finally, it is possible to observe a positive correlation between the component 3 of the Religious Attitude Scale with the level of independence domain ($r = 0.22$, $p < 0.05$), with the social relationships domain ($r = 0.22$, $p < 0.05$) and the environmental domain ($r = 0.23$, $p < 0.05$). There was also a positive correlation between satisfaction with the QV and the religious component 2 ($r = 0.22$, $p < 0.05$). Regarding the duration of the disease and treatment time with the domains of QV, there was a negative correlation between duration of disease and physical domain ($r = -0.20$, $p < 0.05$), a negative correlation between duration of illness and level of independence domain ($r = -0.24$, $p < 0.05$) and a negative correlation with strong statistical significance between disease duration and social relationships domain ($r = -0.27$, $p < 0.01$). It was found on this research that there is an influence of religion with the QV of patients with chronic renal failure, which means, it was observed that the components of the religious attitude had a positive correlation with social relationships, psychological, level of independence and the environment. However, there was no influence of religiosity with the physical domain. Thus, it was observed that religion is a source of comfort and hope to patients, empowering them and promoting general welfare, helping with the acceptance of this inevitable condition.

Key words: Chronic Renal Failure. Religiosity. Quality of Life.

LISTA DE ABREVIATURAS

CDL - Catéter de Duplo Lúmen

FAV - Fístula Artério-Venosa

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HD - Hemodiálise

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRC - Insuficiência Renal Crônica

NU - Neuropatia Urêmica

OMS - Organização Mundial de Saúde

QV - Qualidade de Vida

SALUD - Spirituality and Life Under Dialysis

SUS - Sistema Único de Saúde

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

WHO - World Health Organization

WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Componentes da Escala de Atitude Religiosa de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011(n=100).....	53
Tabela 02 - Atitude Religiosa entre Católicos e Evangélicos de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011(n=100).....	57
Tabela 03 - Valores da avaliação de qualidade de vida pelo formulário WHOQOL-ABREVIADO de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011(n=100).....	60
Tabela 04 - Matriz Correlacional entre QV e Atitude Religiosa de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100).....	71
Tabela 05 - Matriz Correlacional entre avaliação da qualidade de vida e da satisfação com a saúde com atitude religiosa de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100).....	71
Tabela 06 - 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).....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Influência da religiosidade no enfrentamento da doença renal crônica e dificuldades pessoais, João Pessoa, 2011(n=100).....	55
Quadro 02 - Qualidade de vida dos pacientes com IRC pelo método Bardin. João Pessoa, 2011(n=100).....	62
Quadro 03 - Qualidade de vida dos pacientes com IRC pela análise Léxica, João Pessoa, 2011(n=100).....	68
Quadro 04 - Relação entre a religiosidade (crença/ fé/ espiritualidade) com a qualidade de vida, João Pessoa, 2011(n=100).....	73

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
OBJETIVOS.....	18
CAPÍTULO I - INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.....	20
1.1 Aspectos gerais sobre o sistema renal e considerações acerca da insuficiência renal crônica.....	20
1.2 Terapia substitutiva da função renal.....	25
CAPÍTULO II - QUALIDADE DE VIDA DO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E SUAS RELAÇÕES COM A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE.....	30
2.1 Abordagem geral sobre a qualidade de vida.....	30
2.2 Espiritualidade, Religiosidade e Saúde.....	35
CAPÍTULO III - ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	44
3.1 Caracterização da pesquisa.....	44
3.2 Local do estudo.....	45
3.3 População/Amostra.....	45
3.4 Procedimentos Éticos.....	45
3.5 Instrumentos e metodologia para a coleta de dados.....	46
CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4.1 Características Sócio-Demográficas e Clínicas.....	49
4.2 Atitude Religiosa.....	52
4.3 Qualidade de Vida.....	58
4.4 Correlação entre Atitude Religiosa e Qualidade de Vida.....	70
CAPÍTULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	88
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.....	91
ANEXOS.....	92
ANEXO 1 - DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA.....	93

ANEXO 2 - A VERSÃO ABREVIADA DA WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT - WHOQOL-ABREVIADO.....	94
ANEXO 3 - ESCALA DE ATITUDE RELIGIOSA.....	97

INTRODUÇÃO

Doença pode ser definida como o mau funcionamento orgânico ou psíquico que, através de sua manifestação, altera a dinâmica de desenvolvimento do indivíduo como um ser global. A gravidade de qualquer doença está relacionada ao grau de distúrbios fisiológicos ou morfológicos do paciente. Assim, as doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas. Isso se deve ao importante papel desempenhado na morbimortalidade da população mundial. Entre essas doenças está a Insuficiência Renal Crônica (IRC), considerada uma condição sem alternativas de melhoras rápidas, de evolução progressiva, causando problemas médicos, sociais e econômicos (MORSCH; GONÇALVES; BARROS, 2005).

O portador de Insuficiência Renal Crônica possui uma doença permanente, com alterações patológicas irreversíveis, levando às diversas incapacidades que na maioria das vezes exige períodos longos de acompanhamento. O enfrentamento de alterações na saúde e na vida em geral do portador de IRC ocorrem nos mais diversos níveis: orgânico, psíquico, social e econômico (CASTRO et al., 2003).

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

De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise, 2009, em janeiro daquele ano, o número estimado de pacientes em diálise foi de 77.589. As estimativas das taxas de prevalência e de incidência de insuficiência renal crônica em tratamento dialítico foram de 405 e 144 pacientes por milhão da população, respectivamente. O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento foi de 27.612. A taxa anual de mortalidade bruta foi de 17,1%. Dos pacientes prevalentes, 39,9% tinham idade ≥ 60 anos, 89,6% estavam em hemodiálise e 10,4% em diálise peritoneal. 30.419 (39,2%) estavam em fila de espera para transplante (SESSO et al., 2010).

A hemodiálise (HD) é o processo de filtração e depuração de substâncias indesejáveis do sangue (creatinina e uréia), realizado em pacientes com insuficiência renal aguda e crônica, já que nestes casos o organismo não consegue eliminar tais substâncias devido à falência dos mecanismos excretores renais. Essa terapia se dá através de um circuito extracorpóreo, que

contém um filtro composto de microcapilares envoltos por uma membrana semipermeável, e uma máquina que permite a circulação sanguínea e a eficácia do processo (RIELLA, 2008).

Independentemente da terapêutica escolhida, o portador da doença crônica irá apresentar diversas alterações físicas, psicológicas, sociais e emocionais, que provavelmente, aumentarão progressivamente. Adaptar-se às condições de uma doença crônica pode ser considerado muito mais difícil do que se adaptar a uma doença aguda que só exige uma temporária aceitação da condição de estar doente e dependente da ajuda externa (SANTOS, 2005).

O avanço tecnológico e científico, em diversas áreas do conhecimento, tem permitido o aumento da sobrevida das pessoas. Esse contingente de indivíduos portadores de algum tipo de doença crônica passa a ser cada vez maior, porém, o avanço tecnológico e científico, sobretudo na área da saúde, nem sempre tem considerado a qualidade de vida das pessoas (PADILLA, 2005).

A doença renal é considerada um grande problema de saúde pública, porque causa elevadas taxas 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 da pessoa de sua saúde por meio de uma avaliação subjetiva de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (UNRUH et al., 2003).

Nos últimos trinta anos, os estudos sobre QV têm aumentado bastante, porém, permanecem restritos quando se tratam de IRC. Nesta mesma tendência, no Brasil, ainda são poucos os estudos e instrumentos padronizados para avaliar a QV em pacientes portadores de IRC. Tal deficiência tem tornado mais difícil a estimulação e/ou o desenvolvimento de trabalhos científicos que possam ser revertidos para a prática clínica dos profissionais de saúde. A partir das investigações desenvolvidas sobre QV, se torna possível o aprofundamento de estudos dos fatores subjetivos que conduzem ao bem-estar da população, de grupos e indivíduos, explicar os processos que levam as pessoas à sua satisfação moral, bem-estar e felicidade, os mecanismos de enfrentamento e de defesa relacionados com a doença crônica e sua vida (ABALO, 1998).

Nos estudos sobre a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas, a religiosidade é considerada uma variável que apresenta efeito positivo nos aspectos biopsicossocial, espiritual, ambiental e na saúde dos indivíduos, sendo apontada como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de outras co-morbidades (PANZINI et al., 2007).

Nesse contexto atual de prevalência cada vez mais acentuada de co-morbidades e pacientes em diálise, encontra-se o papel da religião/religiosidade. Os pacientes que possuem doenças crônicas e muitas vezes incuráveis apegam-se a fé e ao ato religioso como forma de encontrar um apoio e um alívio para sua dor.

A religiosidade apresenta-se dessa forma como uma estratégia comumente utilizada pelo indivíduo em situação de adoecimento, como forma de buscar melhora e força para o enfrentamento da doença. Assim, percebe-se tal fator desempenhando um papel muito importante na melhoria da qualidade de vida do paciente. Por isso, cada vez mais tem surgido o interesse em realizar estudos envolvendo a religiosidade visando possíveis aplicações na área da saúde, na tentativa de compreender como tal fator pode contribuir no processo saúde-doença (FARIA; SEIDL, 2006).

De acordo com Feijó (2005), a boa saúde espiritual é essencial para a boa saúde física. A fé é uma das estratégias de enfrentamento, sendo comumente utilizado pelo indivíduo em situação de adoecimento, como forma de buscar conforto, alívio ou até mesmo a solução para a problemática enfrentada. Afinal de contas, considera-se que o ser humano não foi feito para viver enfermo, em nenhuma de suas dimensões, seja no pólo físico, seja no pólo espiritual.

Considera-se por espiritualidade, então, o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como significadas e sentidas da vida, não se limitando a qualquer tipo de crença ou prática religiosa (VOLCAN et al., 2003).

A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida, sendo este um conceito recente, que engloba e transcende o conceito de saúde, pois é composto de vários domínios ou dimensões: física, psicológica, ambiental, entre outras. Considerada a medida que faltava na área da saúde, tem sido definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Há indícios consistentes de associação entre qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade, por meio de estudos com razoável rigor metodológico, utilizando diversas variáveis para avaliar espiritualidade como: afiliação religiosa, oração e enfrentamento religioso/espiritual (PANZINI et al., 2007).

A partir da década de 1950, estudos epidemiológicos passaram a mostrar as correlações entre a religiosidade e a espiritualidade para o paciente e desencadearam uma série de pesquisas nesse assunto. Atualmente, são demonstradas associações entre maior religiosidade/espiritualidade nas doenças, com maior bem-estar geral, menores prevalências de depressão, melhor qualidade de vida, melhor enfrentamento, menor mortalidade, menor

tempo de internação e até melhor função imunológica. Sendo assim, torna-se importante (ainda mais em um país como o Brasil em que 92,6% da população possui uma religião e aproximadamente 90% costuma freqüentar igrejas), que seja verificado o papel da religiosidade nos pacientes em hemodiálise (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010).

A motivação para o desenvolvimento desta pesquisa surgiu a partir de experiências pessoais durante a Disciplina de Estágio Supervisionado em Hemodiálise na Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, onde foi possível observar a modificação do contexto biopsicossocial desses pacientes e o grande impacto da doença e do tratamento na vida dos pacientes renais crônicos. Foi verificada a necessidade em realizar novos estudos sobre religiosidade e QV de pacientes com doenças renais crônicas.

Atualmente as investigações sobre a relação entre religiosidade e saúde buscam testar e avaliar como crenças e comportamentos religiosos se relacionam ou interferem na saúde, assim como em outros aspectos da vida do indivíduo. Do ponto de vista clínico e epidemiológico, importa avaliar o impacto que religião, religiosidade e espiritualidade possam ter sobre a saúde física e mental de uma pessoa ou uma comunidade. Assim, levantamos o seguinte questionamento: Qual a relação entre a religiosidade e a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em serviços de hemodiálise da cidade de João Pessoa-PB?

O objetivo geral do presente trabalho foi estudar a religiosidade e a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise.

Como objetivos específicos buscamos:

- Avaliar a atitude religiosa dos pacientes com insuficiência renal crônica;
- Avaliar a qualidade de vida dos portadores de doença renal crônica a partir dos indicadores quantitativos das dimensões física, psicológica, social, ambiental, nível de independência e geral;
- Avaliar a relação entre Religiosidade e Qualidade de Vida;

A fim de atingir os objetivos propostos, no primeiro capítulo disserta-se acerca dos aspectos gerais sobre o sistema renal, considerações acerca da insuficiência renal crônica e terapia substitutiva da função renal. O segundo capítulo, aborda de forma geral os aspectos sobre a qualidade de vida e sua relação com a religiosidade, além do papel desta no processo saúde/doença e no enfrentamento da situação de adoecimento.

Para viabilizar o estudo, foi realizada uma pesquisa de campo junto aos pacientes que se encontravam sob tratamento em dois serviços de hemodiálise, permitindo pesquisar

correlações entre as variáveis consideradas nesta investigação e possibilitando conhecer o papel da religiosidade no enfrentamento da situação vivenciada, além da qualidade de vida desses pacientes com insuficiência renal crônica.

Por fim, foi apresentado o percurso metodológico escolhido para alcançar os objetivos e, em seguida, os resultados obtidos ao longo da investigação, fazendo as discussões e considerações acerca da problemática estudada.

CAPÍTULO I - INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Este capítulo tem como objetivo ressaltar os aspectos gerais do sistema renal, abordando a anatomia e fisiologia dos rins, para posteriormente aprofundar os conhecimentos da insuficiência renal crônica, suas manifestações clínicas e suas formas de tratamento, dando um maior destaque à hemodiálise, por ser a terapia de substituição da função renal utilizadas pelos pacientes da pesquisa.

1.1 Aspectos gerais sobre o sistema renal e considerações acerca da insuficiência renal crônica

O rim é um órgão par (direito e esquerdo), com forma comparável à de um feijão e tamanho aproximadamente de 12cm de altura e 6 cm de largura. Os rins estão situados de cada lado da coluna vertebral, por diante da região superior da parede posterior do abdômen, estendendo-se entre a 11ª costela e o processo transversal da 3ª vértebra lombar (NETTER, 2000; MOORE, 2001).

Anatomicamente cada rim do ser humano adulto pesa cerca de 150 gramas. A borda medial de cada rim contém uma região denteada, denominada hilo, através da qual passam artérias e veias renais, os vasos linfáticos, o suprimento nervoso e o ureter que transporta a urina do rim para a bexiga, onde é armazenada até ser eliminada. Quando o rim é seccionado em dois de cima a baixo, as duas principais regiões que podem ser observadas são: o córtex externo e uma região interna conhecida como medula. A medula renal é dividida em múltiplas massas de tecidos em forma de cone, denominadas pirâmides renais. A base de cada pirâmide origina-se na borda entre o córtex e a medula e termina na papila, que se projeta no espaço da pelve renal, uma continuação em forma de funil da extremidade superior do ureter. A borda externa da pelve é dividida em sáculos abertos denominados cálices principais, que se estendem para baixo e se dividem em pequenos cálices, que coletam urina proveniente dos túbulos de cada papila. As paredes dos cálices, pelve renal e o ureter contêm elementos contráteis que propõem a urina em direção à bexiga, onde a urina é armazenada até ser eliminada através da micção (GUYTON; HALL, 2006).

Segundo Guyton e Hall, (2006) no ser humano cada rim é constituído por aproximadamente 1.500.000 néfrons que são unidades anátomo-fisiológicas do rim. Os néfrons são constituídos de um emaranhado de arteríolas conhecido como glomérulo, responsável pela filtração do sangue, seguido da cápsula de Bowman, que recebe o filtrado

glomerular, e de um trajeto tubular responsável pela reabsorção dos nutrientes necessários ao nosso organismo.

O rim humano adulto recebe 25% do débito cardíaco. Esse alto fluxo sanguíneo passa inicialmente pelos glomérulos, onde o plasma é filtrado, seguindo-se diversas etapas de remoção ou de adição de água e solutos. Assim, o sangue é filtrado pelo glomérulo em uma velocidade de 100 a 120 ml/ min e apenas 1% desse volume é eliminado. A urina é, portanto, o resultado de um trabalho elaborado e integrado entre a unidade de filtração e a organização tubular, que reabsorvem e secretam de maneira seletiva a água e os solutos (BARROS et al., 2006).

Os rins são órgãos essenciais à manutenção da homeostase do corpo humano, que tem como funções a excreção de produtos finais do metabolismo, manutenção do volume extracelular, equilíbrio ácido-básico, manutenção da composição iônica (sódio, cloro, potássio, magnésio, cálcio) do volume extracelular, produção e secreção de hormônios e enzimas (GUYTON; HALL, 2006).

O rim não tem a capacidade de regenerar novos néfrons, por conseguinte, em caso de lesão ou doença renal, ou no processo de envelhecimento normal, verifica-se diminuição gradual no número de néfrons. Com a perda de massa renal, os néfrons remanescentes saudáveis ou menos lesados tendem a hipertrofiar e aumentar sua função para compensar a perda renal. E a compensação é limitada principalmente por dois fatores que são o fluxo plasmático glomerular, dependente da capacidade de dilatação da arteríola aferente, e a pressão hidráulica intraglomerular. A resposta adaptativa à perda de massa renal é conhecida como a hipótese do néfron intacto e inclui o desenvolvimento precoce de hipertrofia renal (RIELLA, 2008).

Os rins podem parar de funcionar parcial ou totalmente em razão de doença hereditária, congênita ou adquirida. Às vezes, as lesões que atingem os rins são reversíveis, isto é, os rins voltam ao normal após o tratamento médico (o que caracterizaria uma insuficiência renal aguda). Outras vezes, as lesões se tornam irreversíveis, ou seja, os rins não voltam mais a funcionar normalmente, sendo esta síndrome diagnosticada como Insuficiência Renal Crônica (SANTOS, 2006).

A 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 (SANTOS, 2006).

Alguns sinais e sintomas aparecem na insuficiência renal, entre eles, os mais comuns são: a diminuição do volume da urina; edema em todo o corpo (ou especificamente localizado nas pálpebras, na face, nas pernas e nos pés); fraqueza; mau hálito, com cheiro forte de urina; coceira no corpo; anemia; diminuição do interesse pelo sexo (tanto nos homens como nas mulheres); ausência de menstruação; falta de apetite (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS RENAIS CRÔNICOS, 1995).

Além da doença renal crônica, pode ocorrer o surgimento de doenças relacionadas ou co-morbidades como: inflamação da mucosa do estômago (gastrite), hemorragias digestivas, enfermidades ósseas, palidez cutâneo-mucosa (anemia), problemas dermatológicos, aumento do coração, pericardite (inflamação na membrana que recobre o coração), anorexia e neuropatias. Podem ocorrer também perdas de funções físicas, do vigor, da resistência ao lazer, do desempenho nas atividades sexuais, bem como infecções diversas. Doenças agudas comumente surgem com a doença renal (GREGORY et al., 1998).

Com a diminuição da função renal, todos os demais órgãos e sistemas orgânicos são envolvidos e passam a funcionar de maneira anormal. A essas alterações físico-químicas, que ocorrem, dá-se o nome de uremia ou síndrome urêmica (CRUZ; PRAXEDES; CRUZ, 2006).

Segundo Riella (2008) o termo uremia significa urina no sangue, indicando, portanto, que certas substâncias como uréia, creatinina e ácido úrico, normalmente excretadas na urina, estão presentes na circulação sanguínea. Sabemos, no entanto, que os sintomas de insuficiência renal não podem ser atribuídos unicamente à retenção de toxinas urêmicas, há também alterações endócrinas e metabólicas. O termo uremia designa os pacientes que apresentam uma insuficiência renal grave (geralmente clearance de creatinina inferior a 10 ml/min) e cujos sintomas envolvem particularmente o trato gastrointestinal, nervoso e cardiopulmonar.

A creatinina é um importante parâmetro para diagnosticar vários problemas renais, sendo assim uma das substâncias mais importante nas análises clínicas do paciente renal. Pesquisada no sangue e na urina, a creatinina é um composto orgânico nitrogenado não-protéico formado a partir da desidratação da creatina. A interconversão de fosfocreatina e creatina é uma característica particular do processo metabólico da contração muscular. Uma parte da creatina livre no músculo não participa da reação e é convertida espontaneamente em creatinina. A uréia é sintetizada no fígado a partir de CO₂ e amônia, é o principal produto do metabolismo protéico, circula no sangue, é filtrada nos rins e a maior parte excretada na urina. Não é tão específica para avaliação da função renal como a creatinina. Mesmo a uréia não tendo a boa especificidade para diagnosticar mudanças da função renal geral, ela é mais

sensível a alterações primárias das condições renais, por isso é um marcador que tem forte importância em casos que envolvam esta condição (AJZEN; SHOR, 2005)

As principais alterações relacionadas com distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básico são decorrente da hipervolemia, onde o paciente urêmico apresenta um aumento de volume circulante associado a um aumento de sódio e água total. Com o excesso de líquido ocorre o aumento da pressão arterial, edemas e insuficiência cardíaca congestiva. Há também a oscilação do potássio, que é um potente excitador neuromuscular e a acidose metabólica que ocorre pelo déficit de excreção do bicarbonato e acúmulo de radicais livres (RIELLA, 2008).

Os distúrbios do cálcio e do fósforo promovem calcificações na pele, vasos sanguíneos, articulações, olhos e pulmão. Níveis baixos de cálcio sérico (hipocalcemia) e elevados de fósforo (hiperfosfatemia) promovem um distúrbio osteo-mio-articular conhecido como osteodistrofia renal, onde os baixos níveis de cálcio promovem a produção do paratormônio que irá retirar o cálcio dos ossos para repor na corrente sanguínea. Os distúrbios metabólicos e endócrinos consistem nas alterações provocadas em todos os sistemas do organismo devido ao acúmulo de toxinas urêmicas no sangue. Geralmente elas provocam inflamações e distúrbios na permeabilidade capilar, promovendo extravasamento de líquido ou de sangue para o interstício (MOREIRA; BARROS, 2000).

Dentre as alterações gastrintestinais são comuns as inflamações do trato gastrointestinal como esofagite, gastrite e duodenite, além da presença do hálito urêmico. Náuseas, vômitos e diarreia em pacientes urêmicos caracterizam um quadro de gastroenterite urêmica. Os indivíduos podem desenvolver ainda anorexia, pois as toxinas inibem a leptina, hormônio responsável pelo apetite alimentar. As manifestações pleuropulmonares são caracterizadas pela presença do pulmão urêmico onde as toxinas urêmicas aumentam a permeabilidade capilar pulmonar, causando transudação de líquido e congestão. A remoção do líquido pela diálise associada à fisioterapia respiratória tendem a reduzir o quadro (MOREIRA; BARROS, 2000).

A Neuropatia Urêmica (NU) é uma manifestação do sistema nervoso decorrente da uremia. Ela é caracterizada por uma polineuropatia simétrica, distal sensitiva e motora. As toxinas degradam a bainha de mielina dos axônios das vias aferentes levando à síndrome das pernas inquietas pelo comprometimento do nervo periférico, causando sensações de desconforto nos pés e pernas, sensações de prurido e picadas, agravando a noite, e aliviando com a movimentação do membro (ELIAS, 2004).

Queimações nos pés e câibras musculares são outros sintomas que podem traduzir neuropatia urêmica. Pode ocorrer também diminuição da sensibilidade vibratória dos

membros inferiores e perda dos reflexos tendinosos profundos (aquileo e patelar). A maioria dos pacientes que faz hemodiálise estabiliza ou melhora lentamente a neuropatia (RIELLA, 2008).

Quando a função renal encontra-se abaixo de 50% surge a principal manifestação hematológica, a anemia. Esta se desenvolve pela diminuição da produção de um hormônio sintetizado pelo rim que é a eritropoietina. Com isso muitos pacientes com IRC terminal apresentam deficiência de ferro, contribuindo para a anemia. Outros fatores que podem agravar essa anemia são: perda crônica de sangue nos dialisadores, deficiência de ácido fólico e hemólise (BASTOS et al., 2004).

Dentre as manifestações cardiovasculares temos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que em caso de insuficiência renal é resultado de um volume circulante excessivo, podendo ser controlada com medidas que diminuam esse volume como a redução de ingestão de sódio. A insuficiência cardíaca congestiva e o edema agudo de pulmão são quase sempre decorrentes de excesso de volume circulante. No entanto a pericardite e a miocardiopatia urêmica são decorrentes do acúmulo de toxinas no sangue e podem levar ao tamponamento cardíaco que é uma síndrome clínica causada pelo acúmulo de líquido no espaço pericárdico, resultando em redução do enchimento ventricular e comprometimento hemodinâmico (BARROS; GONÇALVES, 2007).

A palidez, decorrente da anemia, o prurido e a hiperpigmentação cutânea são as principais manifestações dermatológicas decorrentes da uremia. A pele ressecada também é presente devido a pouca ingestão hídrica. Deposição de cálcio e fósforo na epiderme é a principal causa do prurido. Algumas manifestações oftálmicas como calcificação conjuntival e corneal também são bastante comuns (MOREIRA; BARROS, 2000).

A perda da função renal é incompatível com a vida, portanto os indivíduos que desenvolvem IRC necessitam de uma terapia de substituição da função renal. Os tratamentos existentes atualmente para a doença renal são três: Conservadores; Diálise e Transplante Renal. O tratamento conservador é utilizado quando há uma queda significativa na função renal, existindo ainda, a possibilidade de cura ou melhora. Na busca de evitar ou retardar a dependência da diálise, são realizados a estimulação e o acompanhamento da função renal por meio de tratamento medicamentoso e exames de rotina (RIELLA, 2008).

A diálise é um método de remoção de toxinas endógenas e exógenas que corrige o desequilíbrio eletrolítico e regula o volume hídrico dos portadores de IRC. O transplante renal é outro tipo de tratamento que busca curar o portador de IRC, realizado por meio do enxerto de um rim saudável de outra pessoa (doador) no portador de IRC. Esses tratamentos tornaram

possível a solução de alguns aspectos relacionados à síndrome urêmica nas três últimas décadas (LEMOS; SANTOS, 1992; PEREIRA et al., 2003).

1.2 Terapia substitutiva da função renal

Os métodos dialíticos são basicamente dois: diálise peritoneal e hemodiálise. Ambos são baseados em um mesmo princípio: a interposição de uma membrana semipermeável entre o sangue do paciente, no compartimento vascular, que se renova a cada instante, e uma solução dialisante, no compartimento do dialisador (FORD; KASERMAN, 2000).

O tratamento em que se utiliza a máquina de diálise ou rim artificial é denominado Hemodiálise (hemo = sangue), por se tratar da diálise do sangue. A hemodiálise é realizada através de um acesso vascular, um circuito extracorpóreo e uma máquina. O processo de filtração das toxinas urêmicas ocorre em um tubo formado de microcapilares, denominado dialisador. Os dialisadores consistem em dois compartimentos que são divididos por uma membrana semipermeável. O sangue passa pelos capilares da membrana e a solução eletrolítica passa por fora dos capilares. A membrana que compõe os dialisadores é, em sua maioria, sintética (ANÇÃO, 2009).

A HD é, portanto, um procedimento que limpa e filtra o sangue retirando os resíduos prejudiciais, o excesso de sal e de líquidos, permitindo o controle da pressão arterial. Além disso, ajuda a manter o equilíbrio de substâncias químicas como o sódio, o potássio e cloretos no corpo (ANÇÃO, 2009).

Tendo em vista os possíveis efeitos colaterais, biológicos, psicológicos e sociais e os longos períodos de permanência dos pacientes nas sessões de tratamento, é importante que a unidade de diálise seja um local agradável a todos a fim de comportar as máquinas, com instalação elétrica específica, fonte de água corrente para o líquido de diálise e uma saída para despejar o líquido proveniente do dialisador (SANTOS, 2006).

Para Santos (2005), o número de mortes e acidentes causados pela diálise é pequeno e a taxa de mortalidade elevada decorre das complicações prévias de saúde dos pacientes. A alta incidência de mortalidade destes durante o tratamento dialítico está relacionada à existência de co-morbidades, sendo as mais comuns: doença cardiovascular, hipertensão arterial, anemia, maior suscetibilidade às infecções, às doenças ósseas, à desnutrição, à prevalência de infecções pelo vírus de hepatite B e C, entre outras.

O paciente com IRC, juntamente com seu médico, pode escolher qual o tipo de diálise lhe será mais adequada. Entretanto, qualquer que seja a terapêutica dialítica utilizada, ela

imporá as seguintes condições ao paciente: é um tratamento que requer muito tempo das suas horas diárias; realiza procedimentos invasivos como, a inserção do cateter ou fístula; e pode levar à perda considerável da autonomia, independência e liberdade diante da evolução da doença e do tratamento. Além disso, a doença pode gerar incapacidades que afetam as relações do paciente com ele mesmo e com o mundo, o levando a passar constantemente por várias situações de dor, perdas, como a autonomia e alterações físicas, psicológicas e sociais (SANTOS, 2005; RIELLA, 2008).

A decisão de encaminhar um paciente para início da terapia renal substitutiva apoia-se em critérios objetivos e subjetivos, pois além do grau de deterioração da função renal e dos parâmetros nutricionais, devem-se considerar também os aspectos clínicos. Esta decisão pode também ser influenciada por outros fatores, como a presença de um acesso vascular cicatrizado, após a construção da fístula artério-venosa (RIELLA, 2008).

Um fácil acesso à corrente sangüínea é essencial para que o sangue possa circular até o dialisador e para que retorne ao corpo. A fístula artério-venosa (FAV) usada para a diálise é uma ligação entre uma artéria e uma veia, feita através de uma pequena cirurgia. A alteração no fluxo do sangue deixa a veia mais larga e com as paredes mais fortes e resistentes, permitindo então um fluxo de sangue rápido e a realização de várias punções, sem que a veia se rompa. Para que a veia da fístula esteja em boas condições de punção, ou seja, para que a fístula amadureça, são necessárias algumas semanas. Por isso, recomenda-se que se faça esta pequena cirurgia alguns meses antes de se iniciar a hemodiálise, assim quando for necessário, a fístula estará pronta para ser puncionada (ANÇÃO, 2009).

As vias de acesso mais comuns utilizadas na hemodiálise são o cateter e a fístula. O Cateter de Duplo Lúmen (CDL) é um tubo de plástico sintético de fácil aceitação pelo organismo que é inserido nas veias subclávia, jugular interna ou femoral, que permite a retirada e a devolução do sangue. É um acesso temporário, sendo utilizado quando há necessidade de se iniciar o tratamento de emergência e não houve tempo para a realização da fístula, ou se esta não amadureceu o suficiente, ou ainda se existe algum problema com a mesma. O braço é o local mais comum para a confecção da fístula com a junção das veias cefálicas com as artérias radial e braquial. Quando este local não pode ser usado, a junção da veia femoral com a artéria femoral podem ser uma alternativa (AJZEN; SCHOR, 2002; LESSI, 2007).

As condições clínicas consideradas como indicações para se iniciar tratamento dialítico em caráter de urgência são: hiperpotassemia, pois o potássio é um potente excitador neuromuscular e a sua elevada concentração sérica pode levar ao tamponamento cardíaco;

hipervolemia, pelo aumento da sobrecarga cardíaca; pericardite urêmica, que é a inflamação do pericárdio devido ao acúmulo sérico das toxinas urêmicas e os sinais e sintomas urêmicos; como desorientação, redução do nível de consciência, pleurite, encefalopatia urêmica, vômitos, náuseas, anorexia e anemia (CRUZ; PRAXEDES; CRUZ, 2006).

Segundo Riella (2008) as condições eletivas para o início do tratamento dialítico baseiam-se em dois critérios: taxa de filtração glomerular (TFG) e o estado nutricional. A TFG é um método laboratorial de baixo custo que contribui na avaliação da função renal através da dosagem de creatinina sérica. A função renal (Ritmo de Filtração Glomerular) é calculada pelo Clearance de creatinina ou estimada por meio de tais fórmulas:

$$\text{Clearance de creatinina} = \frac{\text{Creatinina urinária} \times \text{Volume urinário (ml/min)}}{\text{Creatinina plasmática}}$$

Os resultados são avaliados de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em estádios que compreendem 0, 1, 2, 3, 4, 5, de acordo com a taxa de filtração glomerular, no qual 0 significa risco de doença renal com TFG maior que 90; 1 lesão renal mínima com TFG maior que 90; 2 lesão renal leve com TFG entre 60-89; 3 lesão renal moderada com TFG entre 30-59; 4 lesão renal grave com TFG entre 15-29; 5 falência renal com TFG menor que 15 (RIELLA, 2008).

O peso seco é um conceito muito utilizado e importante de se entender na hemodiálise. Ele é o peso ideal, indicado pelo médico através de cálculo que se baseia, na altura e idade do paciente. É também o peso que deve ser atingido ao término de cada sessão de hemodiálise, sem nenhuma intercorrência como hipotensão, câibra e cefaléia. É a medida com a qual a pessoa em tratamento deve estar sentindo-se bem, sem edemas, com pressão arterial normal, com exames de avaliação do pulmão e do coração normais (KAMIMURA et al., 2004).

Quando há muita ingestão de água ou outros líquidos entre as sessões de hemodiálise, o peso pode ficar muito acima do peso seco e, além do edema, pode-se sofrer intensa dispnéia, antes de chegar o momento de uma nova diálise. Para perder todo o excesso de líquido durante a sessão, o paciente estará sujeito a câibras, queda acentuada da pressão arterial, náuseas, vômitos e mal-estar (RIELLA, 2008).

Para que ocorra a filtração do sangue e depuração das excretas é necessária a presença de uma solução de troca conhecida como banho de diálise ou dialisato. Essa solução contém a mesma concentração eletrolítica do plasma sanguíneo, e durante a filtração das toxinas urêmicas, através da membrana semipermeável do dialisador, a solução impede a perda

eletrolítica do sangue dos pacientes. Os componentes da solução são: sódio, potássio, cálcio, glicose, bicarbonato, magnésio, acetato e cloreto (ROMÃO JUNIOR, 2004).

A solução será misturada à água pura previamente tratada nas clínicas. Antigamente, a água utilizada na hemodiálise era a água potável. Devido à forma de tratamento, para deixá-la adequada para consumo, alguns componentes tóxicos podem causar diversos comprometimentos ao paciente, agravando ainda mais a patologia de base. Por isso, a água utilizada para hemodiálise deve ser tratada na clínica de diálise, através de equipamentos específicos, como o filtro de osmose reversa que são constituídos de celulose ou polímeros sintéticos e tem uma porosidade que permite reduzir a carga iônica em 90 a 99%, removendo substâncias orgânicas, partículas e bactérias (ROMÃO JUNIOR, 2004).

No dialisador a depuração das excretas acontece através de 4 princípios físicos: difusão que é a passagem do soluto do meio mais concentrado para o meio menos concentrado, através de um gradiente de concentração; convecção que é a passagem do solvente carreando soluto do meio menos concentrado para o mais concentrado, através de um gradiente de pressão hidráulica; ultrafiltração que consiste na separação do plasma do sangue através de um gradiente de pressão para retirada do excesso de líquido e adsorção que é a retirada de solutos que se acoplam nos sítios enzimáticos presentes na membrana semipermeável (RIELLA, 2008).

O processo da hemodiálise se inicia com duas punções na veia da FAV, uma denominada arterial e outra venosa, em seguida o sangue segue pela linha arterial, passa pela bomba propulsora de sangue, entrando por cima no dialisador. Ao mesmo tempo, a solução e a água, previamente purificada, entram na máquina se misturam e são pré-aquecidas, em torno de 37°C evitando hipotermia, e entram por baixo no dialisador. Neste ocorrem os quatro princípios físicos para retirada do excesso de líquido e das toxinas urêmicas presentes no sangue dos pacientes. Em seguida o sangue sai do dialisador, passa pelo catabolhas, que detecta a presença de ar no circuito extracorpóreo, e retorna pela punção venosa ao paciente. A solução entra na máquina passa pelo detector de hemoglobina, para verificar se o paciente está em processo de hemólise, saindo posteriormente para expurgo (RIELLA, 2008).

Outra modalidade de substituição da função renal é a diálise peritoneal. Este procedimento substitui o trabalho dos rins, remove o excesso de água, resíduos e substâncias químicas do corpo. Usa o revestimento do abdômen (membrana peritoneal) para filtrar o sangue. A solução de troca flui por um tubo especial (cateter) em seu abdômen. Líquido, resíduos e substâncias químicas passam de minúsculos vasos de sangue da membrana peritoneal para o dialisato. Depois de várias horas, o dialisato é escoado do abdome e leva os

resíduos do sangue. A seguir novamente se enche o abdome de dialisato fresco e o processo de limpeza recomeça (BARROS; GONÇALVES, 2007).

A hemodiálise trouxe longevidade para os pacientes portadores de IRC, mas a qualidade de vida é bastante questionável. Durante o seu processo o paciente pode apresentar sintomas clínicos como hipotensão, câibras, dores na região lombar, cefaléia, entre outros, tornando a sessão bastante desgastante e estressante (BARROS; GONÇALVES, 2007).

O estresse também pode ser consequência do surgimento da Síndrome Urêmica que tem como sintomatologia clínica náuseas, perda de apetite, muitas vezes acompanhados de emagrecimento, progressiva queda do bem-estar, dores musculares e ósseas, sensação de queimação em extremidades, ou comprometimento da capacidade cognitiva. Sintomas depressivos podem surgir como parte de um processo temporário de adaptação às novas condições ou podem ser a manifestação de uma falência adaptativa. Dificuldades de ajustamento à diálise são mais predominantes durante o primeiro ano após a iniciação do tratamento (ALMEIDA, 2000).

Esses pacientes, que dependem de tecnologia avançada para sobreviver, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida tais como: a perda do emprego, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas (SHIDLER; PETERSON; KIMMEL, 1998).

Dessa forma, a qualidade de vida tem se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde. Esses parâmetros têm sido utilizados para analisar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas e para isso, é necessário avaliar indicadores de funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, a repercussão de sintomas e a percepção individual de bem-estar. A relevância dos indicadores de QV é fundamental não só por ser um aspecto básico de saúde, como também porque permite mostrar a relação existente entre a QV, a morbidade e a mortalidade, como será abordado no próximo capítulo.

CAPÍTULO II - QUALIDADE DE VIDA E SUAS RELAÇÕES COM A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Neste capítulo serão destacadas as abordagens conceituais da qualidade de vida, ressaltando sua evolução histórica, aspectos objetivos e subjetivos da QV, além de sua correlação com a saúde, religiosidade e espiritualidade.

2.1 Abordagem geral sobre a qualidade de vida

O termo qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados advindos de conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos, refletindo o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos (ABALO, 1998; MIRÓ; CANO-LOZANO; BUELA-CASAL, 2005).

O patamar material mínimo e universal para se falar em QV diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Elementos materiais são baseados em noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Uma das primeiras tentativas em conceituar QV pode ser remetida ao ano 384 a.C., quando Aristóteles relacionou felicidade a bem-estar, porém, o termo QV não havia ainda sido usado. Ele afirmava também que as diferenças interpessoais (entre pessoas diferentes) e intrapessoais (variações em uma mesma pessoa) em relação à satisfação com a vida eram essenciais para a compreensão do bem-estar. Já o discurso da relação entre saúde e QV aparece com o surgimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX. Entretanto, o conceito como tal e a preocupação pela evolução sistemática e científica do mesmo são relativamente recentes (FAYERS; MACHIN, 2000; VINACCIA, 2005).

O termo QV apareceu pela primeira vez na literatura médica em 1930 e começou a popularizar-se somente em 1960. Foi utilizado inicialmente no senso comum, com base no conhecimento intuitivo, sem uma definição ou base científica, surgindo a partir dos novos paradigmas que passaram a influenciar as políticas e as práticas desta área (ALMEIDA, 2003; SEIDL; ZANNON, 2004).

A expressão QV aparecia, sobretudo, nos debates públicos sobre o meio ambiente e a deteriorização das condições de vida urbana. Durante a década de 1950 e início da década de 1960, o crescente interesse por conhecer o bem-estar humano e a preocupação pelas

consequências da industrialização na sociedade levaram à necessidade de medir essa realidade por meio de dados objetivos. Em 1960, a partir das contribuições das Ciências Sociais, por intermédio do desenvolvimento dos indicadores sociais e estatísticos, tornou-se possível medir os dados e eixos vinculados ao bem-estar social da população. Esses indicadores evoluíram num primeiro momento tendo como referência as condições objetivas de tipo econômico e social e, num segundo momento, contemplou os elementos subjetivos. A partir da definição de saúde pela WHO (World Health Organization), em 1948, o conceito de QV foi ampliado para além dos aspectos econômicos, incluindo os diversos aspectos do desenvolvimento social (SOUZA; CARVALHO, 2003; ZHAN, 2006).

Nas últimas décadas, a QV tem sido um dos grandes focos de atenção e por ser muito abrangente pode estar relacionado à saúde. Ainda no seu sentido geral é uma terminologia que se aplica ao indivíduo aparentemente saudável e diz respeito ao seu grau de satisfação com a vida nos seus múltiplos aspectos: moradia, transporte, alimentação, lazer, acesso a água potável, educação, elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva; realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamentos com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira. É possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço (NERI, 1993; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (AUQUIER; SIMEONI; MENDIZABAL, 1997).

A relatividade da noção, que em última instância remete ao plano individual, tem pelo menos três fóruns de referência. O primeiro é histórico. Ou seja, em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é cultural. Certamente, valores e necessidades são construídos e hierarquizados

diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. O terceiro aspecto se refere às estratificações ou classes sociais. Os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro (MARTIN; STOCKLER, 1998).

O relativismo cultural, no entanto, não nos impede de perceber que um modelo hegemônico está a um passo de adquirir significado planetário. É o preconizado pelo mundo ocidental, urbanizado, rico, polarizado por um certo número de valores, que poderiam ser assim resumidos: conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas (WITIER, 1997).

A partir do crescimento do movimento ambientalista na década de 1970, o questionamento dos modelos de bem-estar predatórios, agregaram, à noção de conforto, bem-estar e qualidade de vida, a perspectiva da ecologia humana - que trata do ambiente biogeoquímico, no qual vivem o indivíduo e a população e o conjunto das relações que os seres humanos estabelecem entre si e com a própria natureza. Esse conceito não aplica a dimensão evolucionista de uma escalada cada vez maior ao conforto, consumo e bem-estar. Pelo contrário, ele se apóia na idéia de excelência das condições de vida e de desenvolvimento sustentável. Questiona as condições reais e universais de manutenção de um padrão de qualidade de vida fundado no consumismo e na exploração da natureza que, pelo seu elevado grau predatório, desdenha a situação das gerações futuras, desconhece a cumplicidade de toda a biosfera e não é replicável (WITIER, 1997).

É importante observar também que, em todas as sondagens feitas sobre QV, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção, pois para o ser humano, o apetite da vida está estreitamente ligado ao menu que lhe é oferecido. Seria, portanto, QV uma mera representação social pelos elementos de subjetividade e de incorporação cultural que contém (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

No âmbito da saúde, a qualidade de vida está relacionada à percepção que o indivíduo possui em relação a sua doença e os efeitos que ela acarreta. Assim, precisa ser vista de forma abrangente e racional englobando o indivíduo nas atividades sociais e profissionais, contribuindo assim, para enfrentamento de suas limitações, buscando medidas que possam propiciar-lhe melhores condições de saúde. Assim, a QV foi definida pelo grupo *The World*

Health Organization Quality of Life (WHOQOL) como a percepção que a pessoa tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (BLAY; MERLIN, 2006).

Nesse sentido, o termo qualidade de vida, está diretamente relacionado ao modo de pensar e de viver do indivíduo frente às condições culturais, psicológica, espiritual e social na qual se encontram inserido, todos estão em busca de uma nova concepção sobre saúde, visando à qualidade de vida e a tão sonhada longevidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Os aspectos objetivos da QV são passíveis de observação ainda que impregnada pela percepção particular do observador. Entre os vários aspectos objetivos existentes, podem ser apresentados, por exemplo, a condição física, o tempo dedicado ao auto-cuidado, o cansaço, a atividade e o emprego (VINACCIA, 2005).

A subjetividade considerada no construto de QV é definida como a capacidade de o indivíduo avaliar suas próprias condições e expectativas, utilizando os processos cognitivos subjacentes à percepção da QV e dos atributos da vida. Considera-se a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, isto é, como ele avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à QV. Como exemplo dos aspectos subjetivos, pode-se citar a percepção da doença, a avaliação de riscos e danos, a satisfação geral com a vida, o bem-estar geral e a satisfação com a saúde (VINACCIA, 2005).

Segundo Rebelatto e Morelli (2004)

[...] A qualidade de vida é a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Os mesmos especialistas notam que ela é afetada pela interação entre a saúde, o estado mental, a espiritualidade, os relacionamentos do indivíduo e os elementos do ambiente. (p.5)

A QV está dividida ao menos em quatro dimensões correlatas e distintas: física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; psicológica ou emocional – percepção sobre sua condição afetiva e cognitiva; social – percepção sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; funcional – percepção da sua capacidade funcional de autonomia *versus* dependência (SEIDL; ZANNON, 2004).

A noção de QV deve ser considerada polissêmica, por estar relacionada com o modo, as condições e os estilos de vida, com o desenvolvimento sustentável, com a ecologia humana e com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Por ser

um construto eminentemente interdisciplinar, é necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento no uso clínico, nos processos avaliativos e na pesquisa a respeito da QV (SEIDL; ZANNON, 2004).

As diversas definições de QV relacionada a saúde trazem aspectos tanto globais como específicos da saúde de forma dinâmica, mudando em função da doença, do tratamento e dos cuidados recebidos. De acordo com os diversos aspectos considerados, destacam-se: a satisfação com importantes funções e dimensões da vida, o controle sobre a doença e o tratamento, o sentido de bem-estar, os juízos pessoais que avaliam os atributos positivos e negativos da vida e a capacidade de desenvolver atividades cotidianas. Esses aspectos são desenvolvidos no contexto da cultura e valores, na duração da vida modificada pela doença, política e tratamento, na abertura existente entre esperança e experiência, ideal e possível e no estado de saúde atual *versus* as metas pessoais de saúde (PADILLA, 2005).

Seis grandes vertentes convergiram para o desenvolvimento do conceito de QV: 1) os estudos de base epidemiológica sobre felicidade e bem-estar; 2) a busca de indicadores sociais; 3) a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde; 4) a “satisfação do cliente”; 5) o movimento de humanização da medicina e, 6) a psicologia positiva. Esta última insere-se na atual tendência para o desenvolvimento da pesquisa dos aspectos positivos da experiência humana, e a pesquisa em QV está em sintonia com a busca de estudar variáveis positivas da vida humana (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Apoiado pelo conceito amplo da Organização Mundial da Saúde de que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade. Assim, pode-se verificar que religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de QV, sendo, na verdade, uma de suas dimensões (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Assim é necessário ter uma visão mais integrada, reconhecendo a relação da espiritualidade com as outras dimensões da vida e nunca se esquecendo de que o bem-estar espiritual é uma experiência de fortalecimento, de apoio buscado de forma proposital pelo indivíduo para a realização de um enfrentamento de sucesso e importante para a melhora da qualidade de vida e para a evolução do ser humano em uma visão biopsicossocioespiritual. Sendo assim, é importante estudar o ser humano como um todo e não deixar de lado as questões referentes a alma, a espiritualidade, ao bem-estar espiritual e a qualidade de vida (MARQUES, 2003).

2.2 Espiritualidade, Religiosidade e Saúde

Oliveira e Heimann (2004) afirmam que a grande necessidade do cuidar, nos dias atuais, é maior do que nunca, sendo assim uma expressão de nossa humanidade para o desenvolvimento e realização do ser humano. O cuidado mesmo que atue sobre a saúde, não é garantia de cura ou eliminação da doença, mas o cuidado sempre será uma necessidade para o enfermo. Portanto, o cuidar deve ser visto como um processo inter-relacional muito mais complexo e amplo entre o cuidador e o ser cuidado.

A doença foi definida como o lado obscuro da vida e é natural que ela seja, enquanto concretização física de um mal, considerada como condutor às fronteiras da vida em direção à destruição da existência, levando a todas as conseqüências e à perda da integridade e identidade pessoal. Por ser a doença tão devastadora, ela é tema presente em quase todas as religiões, em virtude destas conhecerem a forma negativa da doença e proporem explicações para a origem da mesma, bem como descrevendo a saúde física como sinal e antecipação da salvação (TERRIN, 1998).

Situações relacionadas à saúde ou à doença, resultantes do acaso ou da postura do indivíduo, podem apresentar distintos significados de amor, vontade ou ira divina, sendo considerada polissêmica a tradução do processo de adoecer feita pela religião. A variedade de significados atribuídos à doença, na religião, se multiplica ao longo da história do cristianismo, e a visão do processo saúde-doença, vista pelo religioso, ultrapassa a esfera biopsíquica investigada pelo médico (MELLAGI, 2009).

A palavra saúde provém de *salus*, termo latino que significa estado são e salvação. Forma, ao mesmo tempo, alma, corpo, espírito e matéria. Considerando a aliança que existe entre saúde e religiosidade ao longo da história, a fé é o sentimento maior que se realiza, mediante buscas de curas e relação plena com Deus (BRANDÃO, 2000).

A saúde sempre esteve ligada às práticas religiosas. Mesmo com o advento da modernidade e o surgimento da medicina científica, estudos antropológicos atuais têm mostrado que a consideração de dimensões religiosas continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo de adoecimento e cura (IBÁÑEZ; MASIGLIA, 2000).

Assim sendo, saúde e salvação são termos co-originais, indicando que as religiões procuram “salvar” o ser humano em sua totalidade biológica, psicológica e espiritual. Na história das religiões, o termo grego *therapeía* (terapia), na visão clássica dos antigos, indica

antes de tudo “assistir”, “estar próximo”, “cuidar”, significado próximo do conceito religioso e cristão de *diakonia*, que significa “serviço”. As capelas também estão inseridas no âmbito hospitalar, evidenciando-se a relação da religiosidade com a saúde e a grande influência dos religiosos na assistência à saúde. A dimensão espiritual se traduz em uma das necessidades fundamentais do ser humano: é reencontrar a sua própria essência, uma explicação para a sua existência e um sentido para a sua vida (ARAÚJO, 2008).

Entretanto, a visão dualista inerente ao paradigma newtoniano e cartesiano de ciência, que separa o mundo da matéria do mundo do espírito, tornou ilegítima a consideração das dimensões religiosas da vida humana na investigação da gênese das doenças e na busca de medidas terapêuticas. Por causa da suspeita do modelo newtoniano-cartesiano de ciência em relação à religião, profissionais, professores e pesquisadores do setor de saúde se envergonham de trazer, para o debate científico e para a discussão aberta nos espaços de formação dos recursos humanos em saúde, os saberes e vivências religiosas tão importantes em suas vidas privadas (LELOUP, 2007; AMATUZZI, 2005).

Desta forma, as práticas religiosas têm estado presentes no trabalho de saúde de forma pouco crítica e elaborada, na medida em que nele se infiltram de modo silencioso e não debatido. Contudo, a crescente manifestação de insatisfações ao modelo da biomedicina, o fortalecimento da crítica aos pressupostos filosóficos da racionalidade científica, a partir da segunda metade do século XX, e o surpreendente aumento dos movimentos religiosos, no final do mesmo século, criaram condições para o florescimento de uma extensa literatura, proclamando idéias e estratégias de saúde integradas a uma visão religiosa (KOENIG, 2005; ANGERAMI- CAMON, 2004).

Pessoas e famílias são despertadas bruscamente por um diagnóstico de doença grave que as põe defronte aos enigmas do viver e do morrer. Só então, com o sofrimento, descobrem a dimensão emocional e espiritual da saúde, ou a do descompasso entre a evolução científico-técnica da medicina (MORAIS, 2006).

O enfrentamento de diversos problemas de saúde não acontece com ações curativas pontuais, como é possível com a maioria das doenças infecciosas e parasitárias. Exige modificações profundas do modo de vida que só acontecem se é mobilizada uma grande “garra” nos pacientes e nos grupos, algo que a educação em saúde tradicional, centrada no repasse de informações, pouco acrescenta. Encontra-se aí a força da espiritualidade como instrumento de promoção da saúde, na medida em que lida com as dimensões pouco conscientes do ser em que se assentam os valores, motivações profundas e sentidos últimos da existência individual e coletiva. Os portadores de doenças graves vivem crises subjetivas

intensas e mergulham com profundidade em dimensões inconscientes da subjetividade. É nessa elaboração subjetiva profunda que são construídos novos sentidos e significados para suas vidas, capazes de mobilizá-los na difícil tarefa de reorganização do viver exigida para a conquista da saúde. Há uma milenar tradição do uso da espiritualidade no enfrentamento dos problemas de saúde que pode ser resgatada, mas que necessita ser atualizada para as características da sociedade contemporânea (KOENIG, 2005; ANGERAMI- CAMON, 2004).

A palavra religião, vinda do latim *religio*, é formada pelo prefixo *re* (outra vez, de novo) e o verbo *ligare* (ligar, unir, vincular). Tendo assim como significado o vínculo entre o mundo profano e o mundo sagrado, no qual o sagrado opera encantamento do mundo habitado por forças maravilhosas e poderes admiráveis que agem magicamente (SOARES; LIMA, 2005).

As religiões intercedem, em geral, no rito do perdão e da absolvição, freqüentemente úteis na resolução de conflitos. Sendo também, um campo de experiências, indagações sobre a existência, abrindo-se para novas possibilidades. Além disso, a religião também é a consciência de que o homem possui uma dimensão sobre-humana. Ao ver-se como ser no mundo, vislumbra o infinito e isso o faz cheio de esperança e de fé na vida e em seu sentido último (FRANKL, 2003).

Entende-se por religião o conjunto de doutrinas e práticas institucionalizadas, cujo objeto e objetivo é fazer a ponte de ligação entre o sagrado e o profano, o caminho de reaproximação entre criatura e criador, o homem e Deus. Assim, o termo religião significa três coisas: igrejas particulares ou instituições religiosas organizadas, um campo de estudos eruditos e o domínio da vida que lida com coisas do espírito e com assuntos de supremo interesse (LEVIN, 2001; MANOEL; FREITAS, 2006).

A religião é definida por Panzini e colaboradores (2007) como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Deus, Poder Maior ou Verdade/Realidade Final/Máxima) e espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar ou resultar no desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade.

Segundo Koenig, McCullough e Larson (2001), as religiões possuem doze dimensões, que são organizadas da seguinte forma: (1) crenças religiosas, que é a base de todas as religiões; (2) afiliação religiosa, que se refere à identificação do indivíduo com uma determinada crença, mas que não diz seu nível de engajamento; (3) religião organizacional, que corresponde à dimensão social e se refere à participação em igrejas, templos, sinagogas;

(4) religião não-organizacional, em oposição à dimensão organizacional, envolve a prece privada, o comportamento individual; (5) religião subjetiva, que é o quanto o indivíduo se sente religioso; (6) compromisso religioso, que indica o nível de religiosidade do indivíduo; (7) religiosidade como busca, que se refere à utilização da religião na tentativa de compreender conflitos e tragédias; (8) experiência religiosa, que se refere à conversão religiosa, experiências místicas e transcendência; (9) bem-estar religioso, que envolve a satisfação com a vida e sentimento de um sentido pessoal de vida; (10) coping religioso, a utilização de componentes cognitivos/comportamentais no enfrentamento de situações estressantes da vida; (11) conhecimento religioso, são conhecimentos específicos sobre dogmas e doutrinas e (12) consequências religiosas, são comportamentos decorrentes da religiosidade do indivíduo, tais como pagamento de dízimo, trabalho voluntário etc.

A religiosidade pode ser encarada de diferentes maneiras, podendo ser positiva, quando reflete uma relação de segurança, de confiança em Deus e é associado com uma melhor qualidade de vida; além de fornecer um conjunto de sentidos e significados plausíveis para a existência, para o sofrimento e para a morte. Entretanto, a religiosidade também apresenta efeitos negativos, quando reflete pouca relação com Deus, onde o indivíduo reavalia e questiona o poder de Deus, sente-se abandonado ou punido. Assim, a religiosidade pode proporcionar libertação e aprisionamento, uma maior consciência e alienação, alívio e sofrimento (PARGAMENT, 1997; DALGALARRONDO, 2008).

Segundo Santos (2008), a religião pode oferecer formas de apoio que são agrupadas em dois tipos, sendo o primeiro denominado apoio espiritual, que se refere a aspectos teológicos propriamente ditos, e o segundo referente ao apoio institucional, que pode ser caracterizado a partir de serviços oferecidos à comunidade ou pela formação de uma rede de apoio social.

Religião é a crença em uma força divina ou sobrenatural, que tem poder acima de tudo, e está ligada a uma doutrina específica. Espiritualidade é uma orientação filosófica que produz comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo um significado para a vida. A espiritualidade e a religião podem fortalecer a família, contribuindo para a formação das suas crenças e valores, incentivando comportamentos e práticas saudáveis, fornecendo interações sociais, promovendo recreação e ajudando no enfrentamento de crises e transições da vida (WARNER-ROBBINS; BOMAR, 2004).

Hellern, Notaker e Gaarder (2000) afirmam que, no mundo atual, a religião ainda desempenha um papel bastante expressivo na vida social e política em todas as partes do globo, e que as maneiras de agir em relação às diversas religiões variam, podendo ser de

tolerância – respeito à diferença – ou de intolerância, como resultado do conhecimento insuficiente do assunto. Para o referido autor, a religião pode ser estudada por quatro ângulos: o conceito (crença) – o aspecto intelectual da religião; cerimônia – regras predeterminadas que devem ser seguidas, ritual; organização – a irmandade entre seus seguidores e a experiência – as emoções vivenciadas nos rituais religiosos.

As crenças religiosas e espirituais tem demonstrado ser um recurso auxiliar no enfrentamento de eventos estressores, como os processos de doença e no tratamento da saúde. A compreensão dos profissionais de saúde sobre espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais dos pacientes pode auxiliar na prática clínica, como forma de aprimorar a relação entre profissional e paciente (VOLCAN et al., 2003; PANZINI; BANDEIRA, 2005).

Em contextos de cuidados à saúde, observa-se alusão freqüente à influência de aspectos religiosos como auxiliares na cura e no tratamento de enfermidades. Com base em estudos diversos, observa-se que pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e recorrem muitas vezes a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los. Estratégias cognitivas ou comportamentais para lidar com eventos estressores, advindas da religião ou da espiritualidade da pessoa, são denominadas de enfrentamento religioso (TIX; FRAZIER, 1998).

Segundo Pargament (1997), nem todas as pessoas usam estratégias relativas à religiosidade em seu processo de enfrentamento, sendo mais propensas a utilizá-las aquelas cujas crenças e práticas religiosas são parte relevante de seus valores e orientação geral no mundo.

A religiosidade, na sua condição de característica exclusivamente humana, revela um atributo de busca do sagrado, sem especificar o que seja esse sagrado, tanto como fuga, quanto como explicação para o real vivido, ou ainda mesmo para negociações e entendimentos com a ou as divindades, na procura de resoluções de problemas cotidianos. Por essa razão, as práticas da religiosidade, muitas vezes entendidas como bruxaria, feitiçaria, “espiritismo”, nada mais são do que manifestações não institucionalizadas da religiosidade e exatamente por isso são sincréticas, livres e além de qualquer ortodoxia dominante (MANOEL; FREITAS, 2006).

A religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara adesão a um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo. Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores sustentados por um indivíduo e que

caracterizam seu estilo de vida e comportamento (PANZINI et al., 2007; PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

A espiritualidade pode estar ligada à religião, mas não necessariamente, pois esta antecede a religiosidade. O Dicionário Oxford define espírito como a parte imaterial, intelectual ou moral do homem. O termo espiritualidade está relacionado a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados. Assim, a espiritualidade é percebida como uma busca de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento pessoal com o sagrado e/ou transcendente, sem necessariamente possuir crenças ou ser devoto de uma religião institucionalizada (UNDERWOOD-GORDON et al., 1997; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Vasconcelos (2006) afirma que a espiritualidade vivenciada através da religião ou de fé pressupõe conhecimento dos próprios limites e possibilidades, não é um ato de simples resignação e, sim, uma atitude corajosa e humilde de alguém que sabe que sua vida está voltada para um “ser mais”, um “partilhar mais”, um “desprender-se”.

Espiritualidade é a propensão humana para encontrar um significado para a vida através de conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal. Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, e é um conceito mais amplo que religião, pois esta é uma expressão da espiritualidade. Espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (REED, 1991).

Para Barros (2004) a espiritualidade não está obrigatoriamente associada à fé religiosa, mas sim à relação transcendental da alma com a divindade e na mudança que daí advém. A espiritualidade estaria assim relacionada com uma atitude, uma ação interna, uma ampliação da consciência, um contacto do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento e amadurecimento que esse contacto poderá trazer para a sua personalidade.

Definições mais recentes do conceito de espiritualidade focam-se na multidimensionalidade da experiência humana e incluem dimensões, tais como: (a) busca pessoal pelo significado e propósito da vida; (b) ligação a uma dimensão transcendental da existência; (c) as experiências e sentimentos associados a essa busca e ligação (amor, esperança, paz interior) (MILLER; THORESEN, 2003).

Vemos assim que, apesar de existirem algumas variações no que diz respeito à definição deste conceito, todas elas têm em comum o fato de salientarem a importância que a espiritualidade tem ao providenciar um contexto em que as pessoas possam dar sentido às

suas vidas, terem fé, sentirem-se completas e em paz consigo mesmas e com os outros, mesmo perante as situações mais ameaçadoras. É neste sentido que alguns investigadores têm-se batido pela introdução das questões de ordem espiritual na relação, prestador de cuidados de saúde ao paciente (COTTON et al., 1999).

A espiritualidade e sua relação com a saúde tem se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica; é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

Segundo Westgate (1996) a espiritualidade tem sido pouco enfatizada e focalizada quando se trata de saúde e doença nas ciências da saúde. As pessoas que estão bem, com saúde e bem-estar, relatam sentimentos de valores e espiritualidade e integração com a ordem divina (chamada de diferentes formas, conforme a religião ou sistema filosófico). Nas pessoas que adoecem, esses componentes também se acham presentes, seja como um sentimento de abandono por Deus ou dúvidas religiosas, seja como sementes de cura e de saúde em meio a um processo de enfermidade.

A espiritualidade pode surgir, na doença, como um recurso interno que favorece a aceitação da doença, o empenho no restabelecimento, a não evitação de sentimentos dolorosos, o contato e o aproveitamento da ajuda das outras pessoas e até a própria reabilitação. Isso nos remete à sua essência básica (se é que se pode localizar uma essência na espiritualidade) como um fator de saúde e realça sua importância nos processos de prevenção de doenças, manutenção da saúde ou de reabilitação e cura (HAMILTON; JACKSON, 1998).

Alguns teóricos têm explorado a relação da espiritualidade no crescimento humano, e têm se perguntado em que medida a adoção de uma perspectiva espiritual se relaciona com a saúde geral da pessoa. O conceito de espiritualidade é um componente vital para o modelo holístico de saúde, que considera a inter-relação do bem estar físico, emocional, mental, social, vocacional e espiritual (HAMILTON; JACKSON, 1998).

Um aspecto central da inter-relação saúde espiritualidade é o quanto a segunda oferece recursos para enfrentar situações estressantes inevitáveis na vida, mantendo um nível ótimo de saúde. O que se tem observado é que a eficácia no enfrentamento a determinados estressores pode ser correlacionada com a integração de crenças, emoções, relacionamentos e valores, na resposta da pessoa a esses estressores, isto é, a perspectiva que a pessoa assume frente uma situação estressora e o modo como encara essa vivência são fundamentais para os resultados do seu enfrentamento. Os resultados negativos de enfrentamento são aqueles que apontam

para uma quebra da integração interna, perda de valores religiosos, fortes sentimentos de raiva de Deus, dúvida ou confusão no seu sistema de crenças (PARGAMENT et al., 1998).

A comprovação da utilização de aspectos distintos da espiritualidade e da religiosidade como suporte, terapêutica e determinação de desfechos positivos em diversas doenças tem constituído emblemático desafio para a ciência médica. Em se considerando as limitações éticas e de método, demonstra-se o quão dificultoso se faz mensurar e quantificar o impacto de experiências religiosas e espirituais pelos métodos científicos tradicionais (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983 a inclusão de uma dimensão não material ou espiritual na saúde vem sendo discutida extensivamente, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de saúde da OMS para um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

Quando o indivíduo se encontra diante de uma situação desesperadora, em que a morte é tida como acontecimento praticamente inevitável, a crença na existência de um ser superior é confirmada e a busca pela concretização do poder da fé é vista como o último e o maior recurso disponível de que o ser humano dispõe para mudar a situação, uma vez que para Deus nada é impossível (RZENIK, 2000).

A sensação de incapacidade para se adaptar às novas exigências é uma queixa comum na enfermidade. A pessoa não visualiza recursos para enfrentar a situação e isso é parte de um comportamento não saudável. Os comportamentos não adaptativos, mesmo que em si mesmos não possam ser considerados mórbidos, conduzem a outros comportamentos ou manifestações de enfermidade. Diante dessa realidade, visualizar o indivíduo de forma diferenciada daquela preconizada no modelo convencional ou mecanicista permite ao profissional de saúde o desempenho de uma assistência com abordagem integral ao ser humano (SANTACREU; ZACCAGNINI; MÁRQUEZ, 1992).

Dessa forma, a ação dos profissionais de saúde deixa de limitar-se à cura de doenças ou tratamento de sintomatologias e passa a contribuir para melhor desempenho nas questões referentes ao processo saúde-doença e, conseqüentemente, na qualidade de vida do cliente. Nesse contexto, destaca-se um crescimento gradativo e significativo de programas envolvendo a humanização da assistência à saúde, os quais se relacionam ao cuidado respeitoso e individualizado ao cliente. O ato de humanizar, atualmente tão preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendido como “reconhecer as pessoas, que buscam

no serviço de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos” (SIQUEIRA et al., 2006).

Assim, qualquer pessoa que necessite tornar-se usuária do serviço de saúde tem direito de receber informações sobre suas necessidades específicas, assim como, tomar decisões relacionadas à sua situação dentro do processo saúde-doença. É preciso compreender que os clientes não se configuram como quadros em branco, onde o profissional pode imprimir suas conclusões e prescrições, pois já trazem para o serviço de atendimento à saúde suas próprias concepções sobre seus problemas e uma série de crenças em práticas alternativas de cura. Desse modo, a contextualização social e cultural do cliente que procura as instituições de saúde vem tornando-se uma exigência para os profissionais de saúde que pretendem oferecer uma assistência melhor qualificada em saúde (SIQUEIRA et al., 2006).

Diante do exposto, foi traçado o percurso metodológico, apresentado no capítulo seguinte, no intuito de avaliar a qualidade de vida e a religiosidade de pacientes que estão vivenciando a situação de adoecimento, tendo recebido o diagnóstico de insuficiência renal crônica e estando em tratamento em hemodiálise.

CAPÍTULO III - ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, são abordados a caracterização da pesquisa, bem como os locais onde foram realizados os estudos, a amostra, os procedimentos éticos necessários para a coleta dos dados, além dos instrumentos e metodologia adotados.

3.1 Caracterização da pesquisa

Uma pesquisa é descritiva quando uma determinada população, fenômeno ou grupo é observado, analisado e interpretado pelo pesquisador sem sua interferência, sendo realizada através de técnicas padronizadas, onde os dados são coletados mediante o uso de entrevistas e sistematização de observação (ANDRADE, 2007; GIL, 2008).

Segundo Richardson (1999), na pesquisa exploratória os autores têm idéias sobre o tema e se preocupam em não deixar de fora alguns aspectos importantes que possam contribuir para a explicação do problema. Esse tipo de pesquisa inclui questionário pouco estruturado e uma amostra não necessariamente representativa. A abordagem quantitativa tem a intenção de garantir a precisão sem distorção dos resultados com uma margem de segurança quanto às inferências.

Uma pesquisa correlacional procura explorar relações que possam existir entre variáveis, exceto a relação de causa-efeito. O estudo das relações entre variáveis é descritivo porque não há a manipulação de variáveis, sendo a predição o tipo de relação mais freqüentemente estabelecida. No entanto, a pesquisa correlacional precede a realização de pesquisa experimental, porque a relação de causa-efeito somente poderá ser estabelecida quando duas variáveis são correlatas (THOMAS; NELSON, 1996).

Uma pesquisa qualitativa é utilizada para análise e compreensão de processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, além de contribuir para a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes do indivíduo. A abordagem também se mostra qualitativa pela necessidade em examinar e detalhar características das experiências e situações descritas pelos entrevistados, buscando verdadeiras denotações das experiências vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa. Pode traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; tratando-se de reduzir a distancia entre o indicador e indicado, entre a teoria e os dados, entre contexto e ação (RICHARDSON, 1999; GIL, 2008).

A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais

detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Diante do exposto, a pesquisa aqui desenvolvida é do tipo exploratória, descritiva e correlacional, visto que apresenta como objetivo, a aquisição de novas informações. Além disso, tem uma abordagem quantitativa e qualitativa sobre a relação entre religiosidade e qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise na cidade de João Pessoa-PB.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nos seguintes Serviços Nefrológicos da cidade de João Pessoa-PB: CLINEPA - Clínica de Nefrologia da Paraíba e UNIRIM - Unidade de Doenças Renais.

3.3 População/Amostra

A amostra constou de 100 pacientes com Insuficiência Renal Crônica atendidos em Serviços de Hemodiálise na cidade de João Pessoa/PB, sendo 50 do sexo masculino e 50 do feminino. Os critérios de inclusão foram:

- Os paciente terem idade superior a 18 anos;
- Estarem em tratamento por hemodiálise;
- Terem capacidade de compreensão e verbalização adequadas para responderem às perguntas;
- Serem portadores de IRC há mais de 1 ano;
- Concordarem em participar do estudo.

3.4 Procedimentos Éticos

Após a aprovação do projeto pelo colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, foi feito o convite às instituições com serviços de hemodiálise, após os esclarecimentos iniciais. Posteriormente, com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (ANEXO 1), com numero de protocolo no CEP

081, declarando estar em pleno acordo com os objetivos e aspectos metodológicos do estudo, autorizando assim a sua execução, foi dado início a 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 regulamenta a pesquisa em seres humanos (APÊNDICE 1).

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.

3.5 Instrumentos e metodologia para a coleta de dados

Foram aplicados os seguintes questionários para coleta de dados: Questionário de Dados Sócio-Demográficos, formulário com a versão abreviada da World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL-Abreviado) para avaliação da qualidade de vida e Escala de Atitude Religiosa.

Em um primeiro momento foi aplicado o questionário sócio-demográfico, seguido dos questionários específicos deste estudo. A ordem de aplicação dos instrumentos foi definida pelo pesquisador, tinha a duração máxima de 50 minutos para cada paciente e era realizada de acordo com a disponibilidade dos mesmos durante o tratamento de hemodiálise. O Questionário de Dados Sócio-Demográficos contemplava os seguintes dados: nome, sexo, idade, estado civil, procedência, tempo da doença e de tratamento por hemodiálise, escolaridade e religião (APÊNDICE 2).

O WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original. A versão abreviada da World Health Organization Quality Of Life Assessment, instrumento genérico de avaliação da QV, foi desenvolvida pelo Grupo de Qualidade de Vida da World Health Organization (WHO), em função da necessidade de instrumentos curtos que avaliassem qualidade de vida e que demandassem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. A consistência interna do WHOQOL-Abreviado para os domínios físico, psicológico, nível de independência, relação social e ambiental; e cada domínio, individualmente, foram avaliados pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach, que mostrou valores satisfatórios (ANEXO 2).

As questões do WHOQOL-Abreviado possuem quatro tipos de escalas de respostas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação, todas graduadas em cinco níveis (1 a 5). Essas escalas são do tipo Likert, sendo que a escala de intensidade varia de nada a extremamente; a escala de capacidade variando de nada a completamente; a escala de

frequência varia de nunca a sempre e a de avaliação de muito insatisfeito a muito satisfeito, muito ruim a muito bom. Todas as questões possuem uma pontuação de um a cinco, e para as questões de número 3, 4 e 26 os escores são invertidos em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 (ZANEI, 2006).

Para avaliar a religiosidade dos pacientes foi utilizada a Escala de Atitude Religiosa, que apresenta consistência interna verificada através do Alfa de Cronbach de 0,91 (ANEXO 3). Esta 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, freqüentemente e sempre. Tais itens estão distribuídos em três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental (DINIZ; AQUINO, 2009).

Para as análises estatísticas os dados foram digitados na plataforma do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows (versão 15). Esse procedimento permitiu a realização de cálculos de percentagem bem como a verificação da precisão das escalas, que foram obtidas por meio do alfa de Cronbach, como uma forma de estimar a confiabilidade do questionário aplicado na pesquisa. Também foram utilizados o teste t de Student para testar se dois grupos diferem estatisticamente a partir da comparação de suas médias; 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; foi feita a análise de variância como medida da dispersão estatística; o Testes KMO com o objetivo de indicar a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis e o Teste de esfericidade de Barlett com a finalidade de testar se a matriz de correlação é uma matriz identidade, sendo ambos os testes utilizados para indicar a adequação dos dados para a realização da análise fatorial (BALBINOTTI, 2005). Além disso, foram obtidas as médias e desvios padrão para a descrição do perfil dos participantes

Durante todo o processo de coleta de dados foi utilizado também um diário de campo que, de acordo com Minayo (2008), corresponde a um caderno de anotações em que o pesquisador vai registrando as observações, impressões pessoais e resultados de conversas informais sobre os pontos investigados. Este é um instrumento que torna mais verdadeira a pesquisa de campo, além de favorecer qualidade e profundidade das análises. Desta forma, em cada dia de coleta dos dados, durante e após a aplicação dos questionários, foram feitas anotações informais sobre o conteúdo das falas, principalmente as que abordavam aspectos relacionados à religiosidade e qualidade de vida dos pacientes da amostra.

Para interpretação dos dados qualitativos foram utilizadas as análises dos conteúdos pelo método Bardin e Léxica. De acordo com Bardin (2004), a análise da enunciação parte de uma concepção de discurso como palavra em ato, considerando a produção da palavra como um processo. Assim, no presente trabalho serão apresentados em quadros as respostas dos pacientes com as interpretações positivas e negativas dos seus discursos. Conforme Freitas (2000), a análise Léxica inicia-se sempre pela contagem das palavras e informações que mais se repetem, avançando sistematicamente na direção de identificação da dimensão das respostas, sendo feitas aproximações e agrupamentos que permitam apresentar critérios mais freqüentemente citados, reunindo palavras afins, deletando palavras que não interessam, até resultar em um conjunto de respostas comuns que representem a essência da temática abordada aos pesquisados, como será mostrado após a discussão dos dados quantitativos.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, inicialmente torna-se relevante descrever o perfil dos participantes da pesquisa, para posteriormente destacar as correlações entre a qualidade de vida e a atitude religiosa dos pacientes renais crônicos, além de todos os dados estatísticos encontrados no estudo.

4.1 Características Sócio-Demográficas e Clínicas

O grupo estudado foi composto por 100 pacientes com diagnóstico de IRC igualmente distribuídos em ambos os sexos e que se encontravam em tratamento por hemodiálise. 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.

Nos estudos de Castro e colaboradores (2003), conduzido na cidade de São Paulo, onde foram avaliados 184 pacientes da Unidade de Diálise da Unifesp - Fundação Oswaldo Ramos, a média de idade dos renais crônicos em hemodiálise foi de 46 anos, com um desvio padrão de 15, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 83 anos. Enquanto Chaves e colaboradores (2010) avaliaram na unidade de hemodiálise de um hospital geral do sul de Minas Gerais, 52 pacientes uma média de idade de 58 anos, variando de 27 a 84 anos (desvio padrão de 15 anos).

Martins e Cesarino (2005) em sua pesquisa com 125 pessoas com insuficiência renal crônica, em tratamento na Unidade de Hemodiálise do Hospital de Base de São José do Rio Preto, verificaram que a média de idade foi de 53,1 anos, com desvio padrão de 14,6 anos, predominando a faixa etária de 36 a 55 anos, variando entre 18 e 81 anos.

Em relação ao estado civil, foi encontrado que 62% dos participantes eram casados, 21% solteiros, 9% viúvos e apenas 8% divorciados, perfil muito semelhante ao encontrado por Rocha e Fleck (2011) no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, com 122 pacientes renais crônicos, foi verificado que 29 pacientes eram solteiros (24%); 72 (59%) casados, 10 (8%) divorciados e 11 (9%) viúvos. Já na pesquisa de Chaves e colaboradores (2010), quanto ao estado civil, 13% da amostra eram solteiros, 58% casados, 8% divorciados e 21% viúvos.

Quanto à escolaridade foi verificado nesta amostra que 36% dos participantes cursaram apenas o ensino fundamental, 4% o ensino médio incompleto, 30% o ensino médio completo, 5% o ensino superior incompleto e 25% o ensino superior completo.

Em relação ao estado civil e escolaridade, Martins e Cesarino (2005) observaram que a maioria era casada (53,6%), predominando o ensino fundamental (64,8%), com média de cinco anos de estudo. Já Rocha e Fleck (2011) verificaram quanto à escolaridade que 71 pacientes (58%) cursaram o ensino fundamental, 32 (26%) ensino médio, 19 (16%) ensino superior.

Chaves e colaboradores (2010) com relação ao nível de escolaridade verificaram que 11,5% dos pacientes nunca estudaram, 50% cursaram apenas o ensino fundamental, 17% tinham o ensino médio incompleto, 11,5% o ensino médio completo, 2% o ensino superior incompleto e 8% o ensino superior completo. Assim, é possível verificar que a amostra deste trabalho apresentou um grau de escolaridade maior que as outras amostras comparadas.

Neste estudo, quanto ao tempo que os pacientes são portadores da doença renal crônica foi observada 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, a média do tempo de tratamento da doença desses pacientes foi de 30 meses, com um desvio padrão de 33,5 meses, sendo verificado tempo mínimo de 1 mês de tratamento e tempo máximo de 144 meses.

Nos estudos de Castro e colaboradores (2003), com relação ao tempo de hemodiálise, verificou-se que os paciente de seu estudo tiveram uma média de 30 meses, com um desvio padrão de 36 meses, sendo o tempo mínimo de 1 mês e máximo de 176 meses. Tendo assim, uma grande semelhança com os achados desta pesquisa.

Ferreira (2008) no estudo desenvolvido no setor de hemodiálise da Santa Casa de Misericórdia de Marília, em São Paulo, evidenciou que o tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes renais crônicos se configurou acima de 60 meses, ou seja, 41% da amostra estava neste período, 39% entre 12 e 60 meses e 20% há menos de 12 meses.

Santos (2005) verificou que tempo médio de manutenção em hemodiálise da amostra de 107 pacientes foi de 47,4 meses e desvio padrão de 43,8 (3 a 191) meses. Já nos estudos de Martins e Cesarino (2005), o tempo médio de HD foi de 28,5 meses e o desvio padrão de 24 meses, para pacientes submetidos à hemodiálise por um tempo que variou de 1 a 108 meses.

Terra (2007) em sua pesquisa com 30 pacientes realizada em um hospital do município de Alfenas em Minas Gerais, mostrou que 37% dos entrevistados apresentava IRC há mais de 83 meses, 20% com mais de 36 meses e menos de 48 meses, 17% há mais de 24 meses e menos de 36 meses. Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico foi verificado 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.

Nos estudos de Chaves e colaboradores (2010) o tempo de tratamento variou de um mês a 216 meses, com uma média de 39 meses (desvio padrão de 38 meses).

Quanto às opções religiosas, 60% da amostra se autodenominou católica; 34% evangélicos; 3% espíritas, além de 3% que se disseram sem nenhuma religião.

Nos estudos de Chaves e colaboradores (2010) em relação a crença religiosa 84% eram católicos, 10% evangélicos e 6% espíritas. Já no trabalho de Rocha e Fleck (2011), dos 122 pacientes com IRC, 89 (73,0%) eram católicos, 17 (13,9%) evangélicos, 6 (4,9%) espíritas, 4 (3,3%) religião afro-brasileira e 6 (4,9%) ateus.

Nos estudos de Zanei (2006), realizado em São Paulo foi verificado com referência as crenças religiosas dos renais crônicos pesquisados, que 73% dos pacientes mencionaram ser católicos, 23% evangélicos e apenas 3% espíritas.

Quanto à religião da população estuda por Ferreira (2008), o catolicismo prevalece sobre as demais religiões, sendo declarado em 65% do total dos pacientes, o protestantismo foi referido como religião de 25% dos pacientes. Entretanto, as outras religiões foram citadas apenas por 10% da amostra, entre elas destaca-se o espiritismo, budismo e testemunhas de Jeová.

Outro estudo brasileiro em andamento é o SALUD (Spirituality and Life Under Dialysis), de caráter multicêntrico, que envolve três unidades de diálise (Hospital Beneficência Portuguesa em São Paulo, Unidade de Nefrologia de Osasco e Hospital Stella Maris, em Guarulhos) e conta com o apoio da Associação Médico-Espírita de São Paulo. Os resultados parciais do estudo foram divulgados no XV Congresso Paulista de Nefrologia (ALMEIDA; LUCCHETTI; GRANERO, 2009). Até o presente momento foram avaliados 55 pacientes, com média de idade de 52,6 anos sendo 60% do sexo masculino. Quanto à religião: 55% eram católicos; 27%, evangélicos; e 4%, espíritas.

Segundo Almeida e Monteiro (2001), apesar do catolicismo ser o grupo religioso que mais tem perdido fiéis em números absolutos nas últimas décadas, ele ainda se mantém como o maior no Brasil, dividido equilibradamente entre os sexos, com a prática religiosa mais predominante ocorrendo com idade superior a 41 anos e jovens com menos de 25 anos, evento este explicado pelo fato de as pessoas herdarem a religião dos pais e iniciarem preferencialmente um processo de mudança religiosa quando mais velhas. Estes dados estão de acordo com o presente estudo, onde se verificou que 60% dos pacientes eram católicos.

4.2 Atitude Religiosa

A escala de atitude religiosa utilizada apresenta 3 domínios: cognitivo, comportamental e afetivo que correspondem aos componentes: busca de conhecimento religioso, expressões e manifestações corporais religiosas, aspectos emocionais e comportamento religioso, respectivamente.

O componente busca de conhecimento é representado pelas seguintes questões: Leio as escrituras sagradas; participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade; participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade; costumo ler os livros que falam sobre religiosidade; procuro conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade; converso com a minha família sobre assuntos religiosos; converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas; converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas; frequento as celebrações da minha religião/religiosidade.

O componente expressões e manifestações corporais religiosas é representado pelas questões: Faço movimentos corporais para expressar a minha união com Deus; bato palmas nos momentos dos cânticos religiosos; danço com as músicas religiosas nas ocasiões de contemplações; costumo levantar os braços em momentos de louvores; ajoelho-me para fazer minha oração pessoal com Deus; extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.

Por fim, o componente aspectos emocionais e comportamento religioso é representado por: Faço orações pessoais; sinto-me unido a um “Ser” maior; ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto; a religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer; quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções; assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos; converso com a minha família sobre assuntos religiosos.

Por ser pouco conhecida a escala de atitude religiosa no contexto brasileiro, decidiu-se realizar uma análise fatorial. Inicialmente, verificou-se a adequação de se realizar uma análise dos componentes, o que foi confirmado através dos índices de KMO = 0,83 e do Teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2(190) = 898,3$, $p < 0,0001$. Dessa forma, procedeu-se a uma análise dos componentes dos eixos principais com rotação varimax. Assim, três componentes atenderam ao critério Kaiser, apresentando valores próprios superiores a 1,5, o que sugere a presença de três componentes que juntos explicam 54,4% da variância total.

Aquino (2005) aferiu o nível de atitude religiosa de 169 indivíduos, e por meio de uma análise fatorial, observou que a mesma apresentava uma única dimensão, explicando 41,7%

da variância total, o que indica uma coerência entre comportamentos, conhecimentos e afetos religiosos. Sendo este achado próximo ao encontrado no presente trabalho com relação à dispersão estatística.

Tabela 01- Componentes da Escala de Atitude Religiosa de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011(n=100).

Itens	Componentes		
	1	2	3
01. Leio as escrituras sagradas (bíblia ou outro livro sagrado).	0,83*	0,072	0,14
04. Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade	0,74*	0,250	0,03
09. Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade.	0,72*	0,178	0,14
02. Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade.	0,71*	0,047	0,17
03. Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade.	0,69*	0,235	0,05
05. Converso com a minha família sobre assuntos religiosos.	0,58*	0,065	0,46*
07. Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas.	0,55*	0,307	0,39
10. Frequento as celebrações da minha religião/religiosidade (missas, cultos...).	0,48*	0,334	0,22
19. Faço movimentos corporais para expressar a minha união com Deus.	0,11	0,80*	0,21
18. Bato palmas nos momentos dos cânticos religiosos.	0,12	0,79*	0,16
20. Danço com as músicas religiosas nas ocasiões de contemplações.	0,21	0,79*	0,06
16. Costumo levantar os braços em momentos de louvores.	0,18	0,73*	0,29
17. Ajoelho-me para fazer minha oração pessoal com Deus.	0,14	0,68*	0,04
13. Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.	0,30	0,55*	0,36
11. Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).	0,10	0,14	0,70*
14. Sinto-me unido a um "Ser" maior (Deus).	-0,04	0,08	0,66*
12. Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto.	0,23	0,08	0,63*
08. A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer.	0,33	0,11	0,61*
15. Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções.	0,11	0,32	0,57*
06. Assistio programas de televisão sobre assuntos religiosos.	0,32	0,33	0,47*
Número de itens	8	6	7
Valor Próprio	7,2	2,1	1,6
% de variância explicada	74,6	59,1	34,1
Alfa de Cronbach	0,87	0,86	0,86

Notas: * [0,40] (carga fatorial mínima considerada para interpretação dos componentes). Identificação dos componentes: 1= busca de conhecimento religioso; 2= expressões e manifestações corporais religiosas; 3= aspectos emocionais e comportamentos religiosos.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na Tabela 01, verifica-se que o primeiro componente **busca de conhecimento religioso** reuniu 8 itens, com saturação variando de 0,83 no item: Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro livro sagrado) a 0,48 - Frequento as celebrações da minha religião/religiosidade (missas, cultos). Apresentou desvio padrão de 8,6, um valor próprio de 7,2 e uma variância de 74,6%. A consistência interna desse componente foi aferida através do alfa de Cronbach, que resultou em um coeficiente de 0,87.

O segundo componente *expressões e manifestações corporais religiosa* agrupou 6 itens, com saturação variando de 0,80 - Faço movimentos corporais para expressar a minha união com Deus, a 0,55 - Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas. Apresentou um desvio padrão de 7,7, um valor próprio de 2,1 e uma variância de 59,1%. Seu alfa de Cronbach foi de 0,86.

Por fim, o terceiro componente *aspectos emocionais e comportamentos religiosos* coligou 7 itens, com uma variação de 0,70 para o item Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus) a 0,47 - Assistio programas de televisão sobre assuntos religiosos. O desvio padrão foi de 5,8, um valor próprio de 1,6 e a variância de 34,1%. O alfa de Cronbach foi de 0,86.

Dyniewicz, Zanella e Kobus (2004) em seus estudos buscando compreender os significados da doença renal para o cliente em hemodiálise, identificaram uma narrativa baseada na busca de ajuda e ancorada na fé em Deus para a renovação de esperanças em um transplante renal. A consistência interna apresentou o coeficiente α de Cronbach global de 0,64, e para os construtos *Crença e Esperança/Otimismo*, 0,78 e 0,69, respectivamente.

No estudo de Chaves e colaboradores (2010) foi questionado aos sujeitos sobre a importância da religiosidade em suas vidas e 32 pacientes (61%) responderam ser “muito importante”, 18 (35%) responderam ser “importante” e apenas 2 (4%) responderam “não ser importante”, ou seja, trata-se de uma população que se considera muito religiosa.

Lima e Gualda (2001) realizaram uma análise de história oral de 6 pacientes renais crônicos em hemodiálise, onde foi possível evidenciar que a fé destes pacientes em um ser superior, aparece como fonte de esperança e força para o enfrentamento das situações difíceis e conformação perante os fatos que não podem ser modificados.

Autores como Panzini e Bandeira (2005) consideram que a religiosidade esteja associada ao bem-estar biopsíquico e emocional, voltando-se para a procura e a permanência da realização existencial dos seres humanos. Estudos têm mostrado que as pessoas para as quais a religiosidade está associada ao bem-estar físico, psicológico e emocional têm menor probabilidade de apresentar comportamentos de risco.

Entretanto, não se pode conceber que a ausência de religiosidade deva conduzir a doenças mas apenas pode-se compreender que a religiosidade pode constituir-se apenas fator de proteção ou mesmo de enfrentamento diante das adversidades do cotidiano (FRANKL, 1991).

Um estudo qualitativo realizado por Walton (2002) ouviu 11 pacientes em diálise no intuito de analisar o que a religiosidade significava para esses pacientes e de que forma eles

usavam isso para se adaptar à nova realidade. A fé e a presença no Divino ajudaram os pacientes pelo processo de encarar a possibilidade de morrer e aceitar a diálise, e eles descreveram a religiosidade como uma força que impulsionava suas vidas.

As informações acima também foram encontradas em alguns relatos dos pacientes renais crônicos desta pesquisa quanto à influência da religiosidade para o enfrentamento de sua doença e dificuldades pessoais, conforme o Quadro 01:

Quadro 01 - Influência da religiosidade no enfrentamento da doença renal crônica e dificuldades pessoais, João Pessoa, 2011(n=100).

TEMÁTICAS	PACIENTES DA HEMODIÁLISE	ENUNCIÇÃO
Influência da religiosidade no enfrentamento da doença renal crônica	<i>“Eu tenho muita fé em DEUS, pois ele é maior que tudo, e ele me conforta. Nunca reclamei e desisti, sempre agradeço, pois tudo tem seu lado bom”</i> (A.A., 34 anos, católico).	Nas respostas positivas, os pacientes destacam que a religião, a fé e a crença em Deus influenciam no enfrentamento da doença renal crônica, lhes dando força e esperança na cura.
	<i>“A minha religião me torna mais forte e confiante para superar as dificuldades”</i> (C.L., 61 anos, católica).	
	<i>“Eu acredito em DEUS e sei que ele sempre estar ao meu lado. Tudo acontece de acordo com vontade dele”</i> (I.M., 53 anos, católica).	
	<i>“Eu acredito em DEUS e sei que vou ser curada, peço a DEUS forças para enfrentar a doença”</i> (L.H., 39 anos, evangélica).	
	<i>“Eu tenho muita fé em DEUS, esperança para enfrentar a doença e ficar boa”</i> (E.N., 75 anos, evangélica).	
	<i>“Tenho uma força que vem da minha fé interior e que me conforta, tudo possa, nada é eterno. Eu creio que dias melhores virão”</i> (J.F., 48 anos, espírita).	

	<i>“Ter fé é muito importante para suportar o sofrimento, pois com DEUS temos esperança de melhorar” (F.A., 56 anos, evangélico).</i>	
	<i>“Minha fé em DEUS me ajuda, pois só assim tenho força, energia, paz e esperança de ficar boa” (M.P., 48 anos, católica).</i>	
	<i>“Minha religião me ajuda me dando força a cada dia que acordo” (M.L., 35 anos, espírita).</i>	
	<i>“Primeiramente tenho que confiar em DEUS, pois sem DEUS não tenho como enfrentar minha doença” (J.A., 55 anos, evangélico).</i>	
	<i>“A fé me ajuda a ter força. Eu nunca perdi minha fé em ter um transplante, melhorar ou sair dessa situação” (A.C., 33 anos, sem religião definida).</i>	
	<i>“Minha fé em Deus, me ajuda em não desistir de viver” (L.N., 40 anos, católico).</i>	
	<i>“A minha fé é importantíssima para conseguir lidar com essa doença. No início eu não aceitava, mas foi com orações, lendo a bíblia que consegui encarar essa situação” (J.L., 43 anos, católico).</i>	
	<i>“Minhas orações não influencia e não há nenhuma interferência na doença, mas sei que necessito disso” (J.F., 82 anos, católico).</i>	Na resposta negativa, o paciente relata que a religião, a fé e as orações não o ajudam para enfrentar a doença, não tendo nenhuma influencia na melhora da situação de enfermidade.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 02 - Atitude Religiosa entre Católicos e Evangélicos de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011(n=100).

Componentes da Religiosidade	Religião	Média	Desvio Padrão
1 - Busca de conhecimento religioso	Católicos	21,3	8,11
	Evangélicos	28,3	7,57
2 - Expressões e manifestações corporais religiosa	Católicos	18,7	7,56
	Evangélicos	21,9	6,81
3 - Aspectos emocionais e comportamentos religiosos	Católicos	27,1	6,27
	Evangélicos	29,4	4,98

Fonte: Dados da Pesquisa.

A tabela 02 mostra a atitude religiosa dos católicos e evangélicos, onde foi verificado que as médias dos evangélicos foram superiores a dos católicos em todos os componentes da religiosidade.

Quanto a análise da atitude religiosa dos católicos e evangélicos através do teste T de Student, observou-se apenas uma correlação com significância do componente 1 e 2 com as religiões. O componente 1, obteve-se uma $T(92) = 4,10$, $p < 0,0001$, com médias de 21,3 dos católicos e 28,3 dos evangélicos. No componente 2, foi observado um $T(92) = 2,05$, $p < 0,05$, com médias de 18,7 dos católicos e 21,9 dos evangélicos. Entretanto, no componente 3 foi verificado $T(92) = 1,84$, $p > 0,05$, com médias de 27,1 dos católicos e 29,4 dos evangélicos.

Assim, pode-se afirmar que os pacientes renais crônicos evangélicos desta amostra apresentam uma maior atitude religiosa, quando comparados aos pacientes católicos, nos três componentes analisados. Resultados semelhantes também foram encontrados por Faria e Seidl (2006) estudando 84 pacientes com AIDS, onde foi verificado quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes que a busca de práticas religiosas apresentou diferença significativa, com escores mais elevados nos evangélicos, seguidos pelos católicos. Assim, os evangélicos apresentaram maior utilização de enfrentamento religioso positivo do que indivíduos com outras crenças, talvez pelo fato de os líderes religiosos, em cultos evangélicos, incentivarem diretamente a busca de Deus e de práticas religiosas para enfrentar problemas de forma geral.

Com relação à diferença entre as médias de religiosidade em função do sexo, observou-se não houve diferença significativa entre os sexos em nenhum dos componentes avaliados pelo instrumento de atitude religiosa: $T(98) = 1,22$, $p > 0,05$ para o componente 1- busca de conhecimento religioso; $T(98) = 1,31$, $p > 0,05$ para o componente 2 - Expressões e

manifestações corporais religiosa; $T(98)=1,40$, $p>0,05$ para o componente 3 - aspectos emocionais e comportamentos religiosos.

Os pacientes que possuem doenças crônicas, muitas vezes incuráveis, apegam-se a fé e ao ato religioso como forma de encontrar um apoio e um alívio para sua dor. Atualmente são demonstradas associações entre maior religiosidade e espiritualidade com as doenças, onde é possível observar um maior bem-estar geral, menor prevalência de depressão, melhor qualidade de vida, maior coping, menor mortalidade, menor tempo de internação e até melhor função imunológica. Sendo assim, as práticas espirituais e religiosas nos pacientes em hemodiálise assumem grande importância, principalmente em um país como o Brasil, em que 92,6% da população possui uma religião e aproximadamente 90% costuma frequentar a igreja (PEREIRA, 2011).

Nos estudos de Madeiro e colaboradores (2010), desenvolvido em uma unidade de hemodiálise, pertencente a um hospital público na cidade de Fortaleza-CE, com 47 pacientes portadores de IRC, foi verificado que os mesmos referiram esperança em uma vida prolongada e com melhor qualidade pela realização do transplante renal, assim como a fé em Deus. Sendo a religiosidade o fator que influenciou na positividade das reações, mediante a necessidade da realização do tratamento hemodialítico. No tocante à fé cristã, predominou na amostra aqueles que têm fé em Deus (94%), e as crenças religiosas funcionaram como mediadoras cognitivas pela interpretação dos eventos adversos de maneira positiva, podendo favorecer a adaptação das pessoas à condição de saúde.

Dias, Araujo e Barroso (2001), em seus estudos verificaram que há influência da religiosidade como suporte para o enfrentamento da doença, numa esperança de um tratamento que não gere tanta dependência, interpretado muitas vezes como cura e como forma de aceitação do atual momento.

Patel e colaboradores (2002) realizaram estudo na *George Washington University* abordando 53 pacientes em hemodiálise e constataram uma associação direta entre percepção da importância da fé (espiritualidade) e frequência religiosa (envolvimento religioso) com suporte social, forma de lidar com a doença e qualidade de vida e associação inversa destes fatores com depressão.

4.3 Qualidade de Vida

O WHOQOL - ABREVIADO é um formulário que está dividido em domínios com relação à avaliação da qualidade de vida, 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 que a QV é um construto multidimensional. Dessa forma, quanto maior o valor do escore, melhor é o domínio de qualidade de vida avaliado (ZANEI, 2006).

O Domínio Físico é representado pelas seguintes questões: Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

O Domínio Psicológico aborda os seguintes questionamentos: O quanto você aproveita a vida? Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? O quanto você consegue se concentrar? Você é capaz de aceitar sua aparência física? Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

O Domínio Nível de Independência destaca: O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? Quão bem você é capaz de se locomover? Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

O Domínio Reações Sociais corresponde aos seguintes tópicos: Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

O Domínio Ambiental é representado pelos seguintes pontos: Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Tabela 03 - 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				
	Auto-avaliação 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: Dados da Pesquisa.

De acordo com a Tabela 03, foi constatada na auto-avaliação da qualidade de vida uma média de resultados superior à observada em relação à pergunta sobre a satisfação com a própria saúde.

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

Ferreira (2008), também utilizou o WHOQOL-bref para análise da qualidade de vida de renais crônicos em hemodiálise, e identificou a seguinte ordem decrescente de médias dos domínios: relações sociais, psicológico, meio ambiente e físico. Esse estudo está de acordo com o presente trabalho quanto ao domínio físico, pois também se verificou um grande comprometimento para os aspectos físico dos pacientes com IRC, evidenciado através 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 quanto ao domínio relações sociais, visto que nos estudos de Ferreira (2008) as relações sociais apresentaram uma alta média, enquanto neste trabalho as relações sociais dos pacientes estavam bem comprometidas, com a média reduzida.

Mendonça (2007) mostra através 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 social e psicológico 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 no presente 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 foram para os domínios relações sociais e domínio físico e mais heterogêneas no domínio ambiental.

Chitolina e Audino (2011) verificaram em seus estudos sobre QV de 22 pacientes com IRC de um hospital da região Oeste do Estado de Santa Catarina, que o domínio relações sociais apresentou as maiores médias. Os domínios físico e psicológico foram os que apresentaram as menores médias. No domínio físico o comprometimento se justifica pela cronicidade da doença, o que resulta em diversos comprometimentos osteomioarticular. No domínio psicológico observou-se uma percepção negativa para QV, manifestado através das alterações comportamentais. Os pacientes declararam a existência de sentimentos negativos, alterações de sono e concentração, insatisfação consigo mesmo (auto-conceito), com a aparência (auto-imagem) e com a situação de portador de patologia crônica. Também os aspectos desesperança, ansiedade, depressão e auto-conceito resultaram em níveis negativos no sentido de piorar seu quadro emocional, naquele estudo.

Para Duarte (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 e colaboradores (2003), com 84 pacientes com IRC submetidos à HD onde os menores valores médios foram observados na dimensão aspecto físico.

Nos estudos de Terra e Costa (2007), realizado em uma clínica de hemodiálise de um hospital universitário do município de Alfenas – MG, abrangendo os 30 pacientes que se encontravam em tratamento hemodialítico, foi verificado que o domínio físico da qualidade de vida 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 ao ser 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 qualidade de vida entre *boa e muito boa*. Entre todos os domínios do instrumento *WHOQOL-bref* e da QV geral, esse domínio foi o que apresentou maior escore médio, naquele estudo. Os dados acima podem ser ratificados através de alguns relatos dos pacientes quanto sua qualidade de vida, conforme o Quadro 02.

Quadro 02 - Qualidade de vida dos pacientes com IRC pelo método Bardin. João Pessoa, 2011(n=100).

TEMÁTICAS	PACIENTES DA HEMODIÁLISE	ENUNCIÇÃO
Satisfação quanto à saúde	<i>“Sim, mesmo enfermo, agradeço a Deus por tudo, ele me livrou da morte” (F.T, 64 anos, católico).</i>	Nas afirmações positivas, os pacientes relatam que mesmo com a enfermidade renal, agradecem a Deus pela vida.
	<i>“Sim. Porque não me atrapalha em nada, só me impede de jogar bola e realizar atividades” (A.C., 33 anos, sem religião definida).</i>	
	<i>“Sim, só tenho um problema nos rins, mas se Deus permite viver assim, é assim mesmo que tenho que viver” (N.E., 37 anos, católico).</i>	
	<i>“Estou satisfeito, apesar de tudo que está sempre me acontecendo, eu estou sempre melhorando, graças a Deus” (J.M., 52 anos, evangélico).</i>	
	<i>“Sim, porque tem gente pior” (J.F., 48 anos, espírita).</i>	
	<i>“Mais ou menos, eu não posso me revoltar, porque vou entrar em depressão, tem que seguir em frente” (M.M., 84 anos, católico).</i>	As negativas baseiam-se na ausência de qualificação de vida funcional e social dos pacientes, limitação dos hábitos alimentares e de lazer.
	<i>“Não, porque sofro muito na máquina, e retenho muito líquido e porque pode ocorrer muita coisa na hemodiálise, como câibra e hipotensão” (A.F., 48 anos, evangélico).</i>	
	<i>“Claro que não, porque ninguém que faz um negócio desse diz que está bom com a saúde” (J.B., 77 anos, católico).</i>	
	<i>“Não vivo satisfeito porque faço hemodiálise. não posso tomar líquido, não posso pegar peso, e porque sempre passo mal” (A.J., 42 anos, espírita).</i>	
	<i>“Não, porque eu não posso viajar e não posso beber líquido, se não fosse por isso estava tudo normal” (F.A., 56 anos, católico).</i>	
	<i>“Não sou satisfeito com minha saúde, porque é muito ruim agente fazer esse tratamento, e vir um dia sim e outro não”</i>	

	(J.R., 74 anos, católico).	
	<i>“Satisfeito ninguém está não, antes de entrar aqui eu fazia tudo, depois foi que veio as restrições (L.L., 66 anos, evangélico).</i>	
Satisfação quanto ao sono	<i>“Durmo bem sem medicamento” (J.A., 60 anos católico).</i> <i>“Estou satisfeito com o sono, durmo bem, meu sono é tranquilo” (M.P., 48 anos, católico).</i> <i>“Não, para dormir é difícil, eu acho que é por causa do tratamento, acordo várias vezes à noite e mesmo com medicação não durmo tão bem” (M.J., 62 anos, sem religião definida).</i> <i>“Durmo direito não, hoje mesmo eu não dormi com medo de perder a fístula, pois já perdi duas vezes, mesmo com o tempo não me acostumei” (J.A, 55 anos, católico).</i> <i>“Nem sempre durmo bem. Depois do tratamento mudou minha vida 100%” (F.G., 39 anos católico).</i> <i>“Não tenho um sono tranquilo, meu sono não é um sono só, se eu acordar não durmo mais” (M.M, 46 anos, católico).</i> <i>“Se não tomar remédio, não durmo de jeito nenhum” (A.M., 90 anos, evangélico).</i> <i>“Satisfeito não, sempre que alguém tem problema de saúde não dorme tão bem” (S.J., 61 anos, evangélico).</i>	Nas afirmações positivas os pacientes relataram ter um sono tranquilo e dormir bem, sem necessitar de medicação. Nas negativas os pacientes relataram insatisfação quanto ao sono, por causa da doença e do tratamento, e disseram que necessitam às vezes de medicamentos.
Conhecimentos à cerca da doença	<i>“Pelo o que o médico disse, vi em reportagens, entrevistas, e sei de todas as consequências da doença” (M.C., 25 anos, católica).</i> <i>“Sei pelo o que o médico me disse” (A.M., 53 anos, evangélico).</i> <i>“Minha mulher comprou um livro para mim, mais ainda não quis ler, mas vou me informar mais, ainda não tenho muito conhecimento” (J.A., 55 anos, evangélico).</i> <i>“Os médicos dizem que é uma doença</i>	Nas afirmações positivas os pacientes relatam ter conhecimento da doença por informações adquiridas por eles através de pesquisas e fornecidas pelos médicos.

	<i>crônica que não tem cura, que se tiver um transplante ainda tem jeito, mas os resultados que tenho visto não é muito bom não</i>” (A.D., 29 anos, evangélica). <i>“Sei que é causada por diabetes, hipertensão e problemas de próstata, mas não sei muita coisa não</i>” (M.N., 67 anos, católico). <i>“Não sei de nada não, ninguém nunca me disse nada, nem o médico</i>” (F.J., 50 anos, católico). <i>“Não sei, não procurei saber não</i>” (W.F., 57 anos, evangélica). <i>“Eu já vi na televisão falar sobre a doença, no início o médico disse o que era, mas até hoje eu não sei direito, só sei que ele falou que meu rim ia parar</i>” (S.M., 57 anos, católica).	Nas negativas os pacientes relataram que não possuem conhecimento a cerca de sua doença.
Dimensão Psicológica	<i>“Não, a minha família é muito grande, minha mulher e meus filhos me ajudam muito</i>” (A.T., 46 anos, evangélico). <i>“Fico meio chateado, tem dia que estou bem pra baixo, mas às vezes quando vejo pessoas piores que eu, ai vejo que estou bem</i>” (J.L. 43 anos, católico). <i>“No começo ficava mais ansioso e nervoso, mas agora mais não. Porque para entrar aqui e encarar essas maquinas não é fácil, além disso, as furadas também que dói, mas depois se acostuma</i>” (M.J., 60 anos, católico). <i>“Ansiedade tenho demais, depressão só quando estive internado, desânimo nos dias que não estou bem</i>” (J.S., 69 anos, católico). <i>“Agora no momento estou com um desespero muito grande na minha vida, quem vive numa vida dessa não tem como não ter pensamento negativo</i>” (M.P, 60 anos, evangélico). <i>“Já demais, já tentei suicídio várias vezes, mas estou tentando viver</i>” (M.L., 35 anos,	Nas positivas os pacientes dizem não sentir sentimentos negativos pelo apoio familiar e pela conformação com a enfermidade e o tratamento. Nas afirmações negativas os pacientes relatam apresentar ansiedade, depressão e desânimo em decorrência do desgaste pela doença e pelo tratamento.

	espírita). <i>“Tenho momentos de desespero e depressão, pois eu pensava em chegar a esta idade e descansar, e vir três vezes por semana não tem quem agüente, só agüento porque Deus está na frente”</i> (J.M., 53 anos, católico). <i>“Já senti muita coisa, às vezes fico triste, porque eu fico esperando o transplante aparecer”</i> (J.M., 45 anos, evangélico). <i>“Já porque uma vez eu passei muito mal por conta de uma instalação errada da máquina quase morro, depois disso sempre fico nervoso e ansioso”</i> (L.C., 61 anos, católico). <i>“Às vezes dá desespero né? Porque a pessoa num tratamento desse fica meio desanimado, pensa até em fazer besteira”</i> (M.V., 48 anos, católico). <i>“Já, com certeza, tem dias que tenho vontade de desistir de tudo, até pelo tratamento mesmo, e a gente não pode faltar se não piora”</i> (M.J., 42 anos, evangélico). <i>“Porque muitas vezes o povo acha que a gente é nada, pensa que a gente é doente, tem que esconder a fístula, isso leva a muitos pensamentos ruins e desespero”</i> (R.C., 53 anos, sem religião definida).	
Percepção da Condição de Vida	<i>“Não mudou muita coisa não, meus pensamentos são os mesmos e meu relacionamento com a família e amigos é tranquilo igual à antes”</i> (S.A., 60 anos, evangélico). <i>“Mudou muito. Minha família me trata melhor que antes, melhorou tudo”</i> (S.A., 40 anos, evangélico). <i>“Acho que sou uma lição de vida, pelo que já passei. Não mudou nada de como era antes com meus amigos e família”</i> (L.V., 55 anos, evangélico). <i>“Melhorei muito depois que comecei a</i>	Nas afirmações positivas os pacientes dizem que não houve modificação da condição de vida ou que sua condição de vida mudou de maneira positiva em relação a atenção, cuidado familiar, vida espiritual e esperança da cura.

	hemodiálise, tava muito magra, acabada. Em relação à família mudou um pouco” (M.B., 57 anos, evangélica). “Não mudou nada, tudo continua como antes, está tudo tranquilo” (J.D., 62 anos, católico). “O que mudou é na vida financeira, acabou tudo, a despesa é grande demais, na família não mudou não, nem no meu espiritual” (A.A., 63 anos, católico). “Mudou tudo, relacionamento com os amigos e família, tudo o que você imagina” (O.A. 59 anos, católico). “Só a física, porque logo no início eu jogava bola, e agora se eu correr eu canso” (A.A., 34 anos, católico). “Aparentemente acho que não, mas mudou algumas coisas em relação à parte espiritual no começo comecei a acreditar mais em mim mesmo, mas graças a Deus tá melhorando” (J.F., 48 anos, espírita). “Tem dia que estou cansado, tem dia que estou sem força para fazer nada, mesmo assim eu reajo, e no resto não mudou nada” (R.C., 53 anos, sem religião definida).	Nas negativas os pacientes dizem que houve mudanças em toda a vida, pelas consequências causadas pela enfermidade, assim tiveram modificações nas relações sociais com amigos e família, além da mudança do dia-a-dia, no aspecto físico e na questão financeira.
Expectativas em relação ao futuro	“Viver cada dia intensamente como se fosse o ultimo, sem projeto para o futuro, tenho esperança em DEUS para melhorar” (A.D., 29 anos, evangélica). “Estou me preparando para um transplante, através da minha fé espero que depois do transplante tenha uma vida normal” (J.S., 35 anos, evangélica). “Espero que com graça de DEUS ele olhe para mim e me faça enxergar, que me de forças, coragem para eu lutar e vencer” (M.L., 59 anos, católica). “Tenho a crença no DEUS e nos homens para eu conseguir um transplante” (M.N., 67 anos, católica). “Espero me liberta dessa maquina, ter minha vida ou um tratamento menos	Nas respostas positivas, os pacientes afirmam ter fé em Deus para alcançar a cura, conseguir o transplante ou melhorar sua condição de vida

	<i>agressivo e mais eficiente” (J.F., 48 anos, espírita).</i>	
	<i>“Ficar bom e ter uma recuperação por transplante ou por um milagre de DEUS” (J.A., 60 anos, católico).</i>	
	<i>“Melhorar mais, aproveitar o que me resta, ter uma melhor relação com a família e ter boa saúde” (Z.P., 62 anos, católico).</i>	
	<i>“Se DEUS quiser fazer um transplante e sair dessa vida” (A.F., 48 anos, evangélico).</i>	
	<i>“Melhorar minhas condições físicas, conseguir fazer um transplante, melhorar minha saúde e minha vida” (J.S., 53 anos, evangélico).</i>	
	<i>“Não tenho nenhuma. Espero ter uma morte tranqüila sem sofrimento” (W.S., 53 anos, evangélico).</i>	
	<i>“Não tenho nenhuma expectativa, só espero a chamada de DEUS, pois na terra já vivi muita coisa” (M.L., 53 anos, católica).</i>	
		Nas negativas, os pacientes relataram não ter expectativas para o futuro, apenas ter uma morte sem sofrimento.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quadro 03 - Qualidade de vida dos pacientes com IRC pela análise Léxica, João Pessoa, 2011(n=100).

DOMÍNIOS	Nº DE PACIENTES	ANÁLISE DOS RELATOS
Satisfação quanto às atividades do dia-a-dia	46	Sentem-se satisfeitos nas atividades diárias e de trabalho, pois sua enfermidade não atrapalha as mesmas.
	54	Sentem-se insatisfeitos, por não exercerem mais as atividades diárias e de trabalho, pelas limitações adquiridas pela sua patologia nos aspectos físicos, além da interferência no laser.
Dificuldade de locomoção	65	Não apresentam dificuldades de locomoção, não necessitando de auxílio para tal situação.
	35	Relatam sentir dificuldades de locomoção, por apresentarem problemas funcionais associados à patologia renal e ao seu tratamento.
Sinais e sintomas durante a hemodiálise	8	Relatam não apresentar sinais clínicos durante a hemodiálise, devido ao longo tempo de tratamento, apresentando assim uma adaptação ao mesmo.
	92	Afirmaram sentir cãibra e dor de cabeça com maior frequência, além de mau-estar e hipotensão durante a hemodiálise
Percepção de uma vida com qualidade	68	Afirmam que ter saúde mesmo que restrita, é ter uma vida com qualidade, apesar das dificuldades encontradas por eles ao longo do tratamento, mas consideram ter uma boa qualidade de vida
	32	Relataram que ter uma qualidade de vida é ter saúde, sem necessitar de tratamento para sobreviver, além de poder realizar as atividades do dia-a-

		dia e de lazer sem restrições.
Projeto de vida	94	Pensam no transplante como uma esperança, e confiam em Deus para sua cura.
	6	Não pensam no transplante por conhecer os riscos da rejeição, e se conformam que irão depender da hemodiálise por toda vida.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Segundo Castro e colaboradores (2003) a pessoa portadora de Insuficiência Renal Crônica apresenta diversas incapacidades e co-morbididades. O enfrentamento de alterações na saúde e na vida em geral do portador de IRC ocorrem nos mais diversos níveis: orgânico, psíquico, social e econômico. Isto pode ser confirmado pelos relatos apresentados nos quadros 1 e 2 desta pesquisa, onde foi verificado que a saúde dos pacientes está comprometida e a qualidade de vida 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.

As queixas clínicas mais freqüentes nos pacientes desta amostra foram: câibras, cefaléias, hipotensão, mau-estar, fadiga muscular e cansaço.

Segundo a Associação Paulista dos Renais Crônicos (1995) alguns sinais e sintomas clínicos aparecem na insuficiência renal, entre eles, os mais comuns são: a diminuição do volume da urina; edema em todo o corpo (ou especificamente localizado nos olhos, na face, nas pernas e nos pés); fraqueza; mau hálito, com cheiro forte de urina; coceira no corpo; anemia; diminuição do interesse pelo sexo (tanto nos homens como nas mulheres); ausência de menstruação; falta de apetite.

Além da doença renal crônica, pode ocorrer o surgimento de doenças relacionadas ou co-morbididades como: gastrite, esofagite, hemorragias digestivas, osteodistrofia renal, deposição de cristais de fosfato de cálcio em tecidos moles, particularmente nas paredes de vasos e em regiões periarticulares, problemas dermatológicos, aumento do volume do coração, pericardite, náuseas, anorexia, neuropatias e encefalopatias. Podem ocorrer também perdas de funções físicas, do vigor, da resistência ao lazer, do desempenho nas atividades sexuais, bem como infecções diversas. Doenças agudas comumente surgem com a doença renal (GREGORY et al., 1998).

Dentre os transtornos mentais presentes, a depressão ocorre, em particular, naqueles que possuem maior incidência de complicações durante o tratamento dialítico. A sequência de efeitos colaterais, sintomas e intercorrências levam, normalmente, às alterações emocionais em razão de sua característica estressora, que, por sua vez, aumentam a incidência das complicações físicas (ALMEIDA, 2003).

Os estudos de Doorn e colaboradores (2004) destacaram que as variáveis psicossociais, os traços de ansiedade e sintomas depressivos afetam substancialmente o jeito como os pacientes avaliam sua QV. O apoio social e familiar apareceu com alta relação com os domínios dor e bem-estar emocional quando avaliada a QV, naquela amostra.

No presente trabalho também foi verificado a presença de sentimentos negativos como desânimo e mau humor muitas vezes encontrados durante tratamentos prolongados; depressão devido o conhecimento quanto ao prognóstico de sua doença e à mudança de vida de maneira abrupta; ansiedade em relação à esperança de alcançar a cura através do transplante renal.

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

Os estudos de Castro e colaboradores (2003) afirmam haver uma clara redução da QV nestes pacientes, em especial nos aspectos físicos, psicológicos e vitalidade. Da mesma forma, correlacionou-se também negativamente o tempo de tratamento em HD 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 a qualidade de vida dos mesmos considerada afetada de maneira multifatorial, por estar relacionada com o modo e estilos de vida.

4.4 Correlação entre Atitude Religiosa e Qualidade de Vida

Após a análise das médias, desvios padrão e variância, foram realizadas as associações entre as variáveis aqui estudadas. Assim, a Tabela 04 apresenta uma matriz correlacional entre os componentes da Escala de Atitude Religiosa e os domínios do Formulário WHOQOL-Abreviado.

Tabela 04 - 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*

** p < 0,01, *p<0,05.

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

Fonte: Dados da Pesquisa

Na Tabela 04, 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 religiosa) 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 de nenhum componente da atitude religiosa com o Domínio Físico, que é o aspecto mais comprometido dos pacientes com IRC desta amostra.

Tabela 05 - Matriz Correlacional entre avaliação da qualidade de vida e da satisfação com a saúde com atitude religiosa de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100).

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

*p<0,05.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na tabela 05, verifica-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 o três componentes da escala de atitude religiosa. Não houve uma correlação significativa entre a satisfação com a saúde dos pacientes com nenhum componente de religiosidade, entretanto, pode-se verificar que houve uma correlação entre a satisfação com a qualidade de vida e o componente de religiosidade 2, ou seja, os paciente com uma melhor qualidade de vida apresentam maiores expressões e manifestações corporais durante suas práticas religiosas ($r = 0,22$, $p < 0,05$).

Nos estudos de Mendonça (2007) não foi observado correlação da religião com nenhum domínio da qualidade de vida em pacientes renais crônicos.

Tabela 06 - 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	-0,03
Quão satisfeito você está com a sua saúde?	0,02	-0,12

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 06 consiste em uma matriz correlacional entre o tempo da doença e tempo de tratamento com os domínios da qualidade de vida. 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 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 que acompanha a trajetória de vida dos pacientes renais crônicos.

Semelhante achado foi descrito por Merkus e colaboradores (1997) em seus estudos em 13 centros de diálise na Holanda com 120 pacientes com IRC, na qual a qualidade de vida

foi avaliada, sendo observado que quanto maior o tempo da doença renal crônica maior comprometimento na qualidade de vida.

Nesta pesquisa pode-se observar uma correlação negativa entre o tempo da doença com 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 com os domínios da qualidade de vida.

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 qualidade de vida dessa população (NETO et. al, 2000).

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

Berman e colaboradores (2004), em seus estudo em um centro na Filadélfia (Estados Unidos) verificou que dos 74 pacientes envolvidos, aqueles com altos valores na escala de religiosidade intrínseca (aspecto que faz parte do indivíduo realmente religioso, que internaliza sua fé e suas crenças na vida diária) possuíam alta satisfação com a qualidade de vida .

O editorial de Finkelstein e colaboradores (2007) teve como tema central a relação entre espiritualidade, qualidade de vida e paciente em diálise, visto ser tão difícil conseguir um impacto positivo na qualidade de vida de pacientes em diálise. Dessa forma, o seguinte questionamento é feito: “Não parece ser razoável então explorar o papel da espiritualidade na coordenação e suporte ao cuidado destes pacientes?”.

Ilustrando os dados quantitativos apresentados temos os relatos dos pacientes apresentados no Quadro 04.

Quadro 04 - Relação entre a religiosidade (crença/ fé/ espiritualidade) com a qualidade de vida, João Pessoa, 2011(n=100).

TEMÁTICAS	PACIENTES DA HEMODIÁLISE	ENUNCIACÃO
Relação entre a religiosidade (crença/ fé/ espiritualidade) com a qualidade de	<i>“A minha religiosidade tem influência na qualidade de vida, pois com minha fé creio que vou ficar melhor, assim dou força as outras pessoas, tenho uma vida normal, uma</i>	Nas respostas positivas, os pacientes afirmam que a religião, a fé

vida	<i>boa convivência com as pessoas e não fico deprimida” (A.T., 46 anos, evangélica).</i>	e crença em Deus tem influencia positiva na qualidade de vida.
	<i>“A minha fé me ajudou muito na minha vida, no meu dia a dia e na minha qualidade de vida em geral” (L.L., 66 anos, evangélica).</i>	
	<i>“Minha fé é forte, ajudando na melhora da doença, aparência física, enfrentamento da doença e melhorando minha qualidade de vida” (M.F., 65anos, católico).</i>	
	<i>“Se eu não tivesse fé não conseguiria levar essa vida, me dando forças para continuar, prosseguir com essa situação e melhorando minha qualidade de vida” (H.S., 31 anos, católico).</i>	
	<i>“A religião me ajuda a viver melhor, a ter melhor qualidade de vida, pois me faz ficar forte, ter fé que vou conseguir um doador, e pensando assim até minha dor diminui” (M.P., 72 anos, católico).</i>	
	<i>“Tenho confiança em DEUS, às vezes estou deprimida, aí quando escuto a palavra de DEUS, crio expectativa de vida e me renovo” (S.M., 31 anos, evangélico).</i>	
	<i>“Com minha fé tenho uma melhor vida, e consigo amar o próximo assim como a mim mesmo. Com a religião tenho um melhor relacionamento com as pessoas e melhoro minha mente” (A.D., 29 anos, evangélica).</i>	
	<i>“Minha fé tem muita relação com minha qualidade de vida. Sem a religião eu não ando, pois se eu não me alimentar espiritualmente não tenho força para enfrentar esta situação” (L.E, 48 anos,</i>	

	católica).	
	<i>“Minha fé não melhora minha vida, mas mantém”</i> (J.D., 62 anos, católico).	
	<i>“A religião me faz ter uma vida melhor”</i> (M.J., 62 anos, sem religião definida).	
	<i>“A minha religião me deixa feliz, quando vou a missa, reúno com amigos e louvo fico mais alegre, melhoro minha mente, meu dia com a família e minha força para continuar lutando”</i> (M.S., 66 anos, católico).	
	<i>“Com minha fé sou capaz de melhorar meu bem estar, aspecto físico e mental pelo conforto que Deus me traz”</i> (H.P., 74 anos, católico).	
	<i>“Tem que ter fé nesta doença. Com minha fé tenho animo e esperança, pois é uma doença muito debilitante e minha fé é uma fonte de energia”</i> (J.F., 48 anos, espírita).	
	<i>“Minha fé me dá consciência de que tudo que está acontecendo é da vontade de DEUS, mas minha vida não é influenciada pela minha religiosidade e sim pelo tratamento que sou submetida”</i> (J.M., 53 anos, católica).	Nas respostas negativas, os pacientes destacaram que a religião não tem nenhuma relação com a melhora da minha vida
	<i>“A religião influencia muito pouco na minha melhora de vida, não tenho muita esperança de melhorar”</i> (J.D., 28 anos, católico).	
	<i>“A religião não tem nenhuma relação com a melhora da minha vida”</i> (L.V., 55 anos, evangélico).	

Fonte: Dados da Pesquisa.

Embora Frankl (2003) tenha afirmado que o objetivo da religião é a salvação da alma e não a cura, a mesma pode proporcionar, adicionalmente, o bem-estar psicológico, pois o ser humano religioso ancora a sua existência no Absoluto. Dessa forma, pode-se interpretar que a religiosidade seja um fator de proteção do vazio e do desespero existencial. Nesse sentido, a religiosidade poderia oferecer bem-estar psíquico ao sujeito; além do mais, a religiosidade poderia ajudar o homem na busca de respostas para as suas indagações de cunho filosófico-existencial. Entretanto, não se pode conceber que a ausência de religiosidade deva conduzir às doenças, mas apenas pode-se compreender que a religiosidade pode constituir-se apenas fator de proteção ou mesmo de enfrentamento diante das adversidades do cotidiano. Assim, a religiosidade não é uma condição necessária e nem suficiente para o bem-estar psicológico, mas pode levar a uma cosmovisão que ajuda o indivíduo a descobrir sentidos na vida.

Sendo assim, a religiosidade é apontada como uma variável que pode apresentar efeitos, positivos ou negativos, sobre a qualidade de vida dos indivíduos, mas que, na maioria das vezes, aparece como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia, e de eventual redução de óbito ou impacto, em diversas doenças (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

CAPÍTULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas. Isso se deve ao importante papel desempenhado na morbimortalidade da população mundial, não sendo apenas privilégio da população mais idosa, já que também as doenças crônicas atingem os jovens em idade produtiva. Entre essas doenças, vimos neste trabalho a insuficiência renal crônica, considerada uma condição de evolução progressiva, sem alternativas de melhoras rápidas, causando problemas médicos, sociais e econômicos, necessitando assim de um maior investimento da atenção primária na saúde por parte do sistema público e privado, para que seja possível diminuir o número de casos de portadores de IRC e, paralelamente, a perda da QV destes pacientes.

Dessa forma, se faz necessário a melhoria da QV do portador renal crônico, com um maior investimento no desenvolvimento de técnicas menos invasivas e dolorosas e na diminuição do número e da intensidade dos sintomas relacionados à doença e ao tratamento que comprometem a QV, além do maior incentivo e estímulo para a doação de órgãos para transplantes, visto que este é o melhor tratamento, no momento, para esta enfermidade.

Este estudo alcançou o seu objetivo de aprofundar a compreensão e discussão a respeito da religiosidade e da qualidade de vida do portador de IRC. Trouxe os conteúdos envolvidos com a avaliação da atitude religiosa e QV e apontou os aspectos que conjugam, positiva ou negativamente na percepção e maior satisfação do portador de IRC em sua vida como um todo, além de sua atitude religiosa diante da enfermidade.

Verificou-se neste trabalho que de forma geral há uma influência da religiosidade na qualidade de vida dos pacientes renais crônicos. Foi observado que os componentes da atitude religiosa tiveram uma correlação positiva com os domínios relações sociais, psicológico, nível de independência e ambiental. Entretanto, não houve uma influência da religiosidade com o domínio físico. Assim, foi constatado que a religiosidade é uma fonte de conforto e esperança para os pacientes, fortalecendo-os e promovendo bem-estar geral, ajudando a aceitação da condição inevitável.

Foi observado ainda que a atitude religiosa dos evangélicos portadores de IRC era superior à dos católicos nos três componentes. Entretanto, não houve correlação da atitude religiosa com o sexo em nenhum dos componentes. Quanto à qualidade de vida, 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.

Essa pesquisa amplia os estudos a respeito da religiosidade e QV do portador de IRC, oferecendo conteúdo para auxiliar no preenchimento da lacuna de existência de poucos estudos sobre o tema. 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 qualidade de vida e auxiliando no enfrentamento da doença, este aspecto deve ser considerado pelos profissionais que assistem a esse tipo de paciente.

REFERÊNCIAS

- ABALO, J. A. G. Calidad de vida y salud: problemas actuales em su investigacion. **Trabalho apresentado na II Jornada de actualizacion em psicologia de La salud**. Asociacion Colombiana de Psicologia de la Salud – ASOCOPSIS, Seccional Valle Del Cuca. La Habana, Cuba: Agosto, 1998.
- AJZEN, H.; SCHOR, N. **Nefrologia: guia de medicina ambulatorial**. São Paulo: Manole, 2002.
- AJZEN, H.; SHOR, N. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de nefrologia**. 2 ed. Barueri: Manole, 2005.
- ALMEIDA, A. M. Depressão e Insuficiência Renal Crônica: uma revisão. **J. Bras. Nefrol.** v. 22, n.1, 2000, p.92-200.
- ALMEIDA, A. M. Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v.25, n.4, 2003, p.209-214.
- ALMEIDA, L.G.C.; LUCCHETTI, G.; GRANERO, A.L. **Espiritualidade nos pacientes em hemodiálise**: Resultados parciais do estudo multicêntrico SALUD. In: Anais do XV Congresso Paulista de Nefrologia, 2009.
- ALMEIDA, R. de; MONTEIRO, P. Trânsito religioso no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo. v.15, n.3, 2001,p.92-101.
- AMATUZZI, M.M. **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.
- ANDRADE, M. M. de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. São Paulo: Atlas, 2007.
- ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.). **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Pioneira; Thomson, 2004.
- ANÇÃO, M. S. **Insuficiência Renal Crônica Terminal** – Escolhendo o Tratamento Adequado para Você. National Institutes of Health Nº 94-2412. Disponível em: <http://gamba.epm.br/pub/irc/irc.htm>. Acesso em: 19/05/2009.
- AQUINO, T. A. A. Atitude religiosa e crenças dos alunos de psicologia. **Revista da Unipê**. v.9, n.1, 2005, p.56-63.
- ARAÚJO, M. A. M. **Sentido da vida, Espiritualidade e Sociopoética: convergências para a produção de conhecimento e para o cuidado clínico**. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde- CMAACCLIS), Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2008.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS RENAIIS CRÔNICOS. **A Insuficiência Renal e o seu Tratamento**: um Guia para o Paciente Renal Crônico. São Paulo: Tipo Set Gráfica e Editora Ltda, 1995.

AUQUIER, P.; SIMEONI, M.C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**. v.33, n.7, 1997, p.77-86.

BALBINOTTI, M. A. A. Para se avaliar o que se espera: reflexões acerca da validade dos testes psicológicos. **Aletheia**. n.21, 2005, p. 43-52.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. **Nefrologia**: No consultório. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARROS, E.; MANFRO, R.C.; THOMÉ, S.F.; GONÇALVES, L.F. **Nefrologia**: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARROS, J. **Psicologia positiva**. Porto: Edições Asa, 2004.

BASTOS, M.; CARMO, W.B.; ABRITA, R.R.; ALMEIDA, E.C.; MAFRA, D. Doença Renal Crônica: Problemas e soluções. **J. Bras. Nefrol**. v. 26, n. 4, 2004, p. 203-215.

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**. v.44, n. 3, 2004, p. 488-497.

BLAY, S. L.; MERLIN, M. S. Qualidade de vida: Princípios, focos de estudo e intervenções . **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**: Qualidade de Vida. São Paulo: Manole, 2006.

BRANDÃO, M. L. R. Saúde e fé cristã: um ensaio ético-teológico. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2000.

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**. v.49, n. 3, 2003, p. 245-249.

CHAVES, E.C.; CARVALHO, E.C.; DANTAS, R.A.; TERRA, F.S.; NOGUEIRA, D.P.; SOUZA, L. Validação da escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev enferm UFPE**. v.4, n.2, 2010, p.715-721.

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-cronica-submetidos-a-hemodialise-pre-e-pos-cinesioterapia-geral.html>. Acesso em: 18/05/2011.

COTTON, S.; LEVINE, E.; FITZPATRICK, C.; DOLD, K.; TARG, E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. **Psycho-Oncology**. v.8, n.5, 1999, p. 429-438.

CRUZ, J.; PRAXEDES, J. N.; CRUZ, H. M. M. **Nefrologia**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIAS, M.S.A.; ARAUJO, T.L.; BARROSO, M.G.T. Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapia dialítica. **Rev Esc Enferm – USP**. v.35, n.4, 2001, p.354-60.

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, 2009, p. 90-105.

DYNIEWICZ, A.M.; ZANELLA,E.; KOBUS, L.S.G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004, p. 199-212. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 20/03/2011.

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**. v.36, n.2, 2004, p.263-267.

DUARTE, P. S. 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, n. 4, 2003, p. 375-381. Disponível em: <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18/05/2011.

ELIAS, R. M. Distúrbios do Sistema Nervoso Central e Periférico. **J. Bras. Nefrol.** v.26, n. 3, 2004, p. 40-41.

FARIA, J.B.; SEIDL, E.M. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**. Maringá. v. 11, n. 1, 2006, p.155-164.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Quality of life: Assessment, analysis and interpretation. **Chichester: John Wiley**. v. 20, n.14, 2000, p. 2214-2216.

FEIJÓ,O. Espiritualidade e reabilitação da saúde. **Fisioterapia Brasil**. Rio de Janeiro, 2005.

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, 2008, p. 21-29.

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, 2007, p.2432-2434.

FORD, J. M.; KASERMAN, D. L. Suicide as an indicator of Quality of Life: Evidence from dialysis patients. **Contemporary Economic Policy**. v.18, n. 4, 2000, p.440-448.

FRANKL, V. **A presença ignorada de Deus**. (Der unberwusste Gott: sychotherapie und religion). Trad. de Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold. 7 ed. São Leopoldo: Sinodal, Petrópolis: Vozes, 2003.

FRANKL, V. E. **A psicoterapia na prática** (C. M. Caon, Trad.). Campinas, SP: Papirus, 1991.

FREITAS, H. **As tendências em Sistemas de Informação com base em recentes congressos**. Porto Alegre: Read. n.13, 2000, p.20.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GREGORY, D. M.; WAY, C.Y.; HUTCHINSON, T.A.; BARRETT, B.J.; PARFREY, P.S. Patients' Perceptions of Their Experiences with ESRD and Hemodialysis Treatment. **Qualitative Health Research**. v. 8, n. 6, 1998, p. 764-783.

GUYTON, A.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

HAMILTON, D. M.; JACKSON, M. H. Spiritual development: paths and process. **Journal of Instructional Psychology**. v.25, n.1, 1998, p. 262–270.

HELLERN, V.; NOTAKER, H.; GAARDER, G. **O livro das religiões** (I. M. Lando, Trad.). São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. **Medicina e saúde: um enfoque histórico**. In: CANESQUI, A.M. (Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: HUCITEC, 2000.

KAMIMURA, M. A.; DRAIBE, S.A.; SIGULEM, D.M.; CUPPARI, L. Métodos de avaliação da composição corporal em pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev. Nutrição**. Campinas. v.17, n. 1, 2004, p.97-105.

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**. v.42, n.4 , 2003, p. 713-721.

KOENIG, H.G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê**. São Paulo: Fé Editora Jornalística, 2005.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. C.; LARSON, D. B. Definitions. In: KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. C.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed historical context**. New York: Oxford University Press, 2001.

LELOUP, J.Y. **Uma arte de cuidar: estilo alexandrino**. Petrópolis: Vozes, 2007.

LEMOES, V. M.; SANTOS, O. R. **Disfunção sexual na insuficiência renal crônica sob hemodiálise regular**. Anais da Academia Nacional de Medicina, 1992.

LESSI, D. Acesso Vascular para Hemodiálise. **Rev. Angiologia e Cirurgia Vascular**. v.7, n.3, 2007, p. 127-150.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura**. São Paulo: Cultrix, 2001.

- LIMA, A.F.; GUALDA, D.M. História oral de vida: Buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo. v.35, n.3, 2001, p.235-241.
- LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L. G. C.; GRANERO, A. L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? **J. Bras. Nefrol.** v.32, n.1, 2010, p. 128-132.
- MANOEL, I.; FREITAS, N. M. B. **História das religiões:** desafios teóricos, filosóficos e metodológicos. São Paulo: Paulinas/ABHR, 2006.
- 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, 2006, p.49-58.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia Científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MARTIN, A.J.; STOCKLER, M. Quality of life assessment in health care research and practice. **Evaluation & Health Professions.** v.21, n. 2, 1998, p.141-156.
- MARTINS, M.S.; CESARINO, C.B. Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. **Rev Latino-Americana de Enfermagem.**v.13, n.5, 2005, p.670-676.
- MARQUES, L. F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-Alegrenses. **Psicologia Ciência e Profissão.** v.23, n.2, 2003, p. 56-65.
- MADEIRO, A.C.; MACHADO, P.D.; BONFIM, I.M.; BRAQUEAIS, A.R.; LIMA, F.E. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.** v.23, n.4, 2010, p.546-51.
- MELLAGI, A. G. **O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS:** Um estudo psicossocial entre católicos e evangélicos. São Paulo, 2009. 83f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós – Graduação em Psicologia Social) Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
- MENDONÇA, D.P. **Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise.** Dissertação (Mestrado - Universidade Católica de Goiás). Goiânia, 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. **Am J Kidney Dis.** v.29, n.4, 1997, p.584-592.
- MILLER, W.; THORESEN, C. Spirituality, religion and health: An emerging research field. **American Psychologist.** v.58, n.1, 2003, p.24-35.
- MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva.** v.5, n.1, 2000, p. 7-18.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRÓ, E.; CANO-LOZANO, M. C.; BUELA-CASAL, G. Sueño y calidad de vida. **Revista Colombiana de Psicología**. n.14, 2005, p. 11-27.

MOORE, K. L. **Anatomia Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

MORAIS, R. Espiritualidade e saúde: visão de um filósofo. In: VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOREIRA, P. R.; BARROS, G. E. Atualização em Fisiologia e fisiopatologia renal: Bases fisiopatológicas da miopatia na Insuficiência Renal Crônica. **J. Bras. Nefrol.** v.22, n.1, 2000, p.201-208.

MORSCH, C.; GONÇALVES, L. F.; BARROS, E. Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.51, n.5, 2005, p. 296-300.

NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.

NETTER, F. H. **Atlas de Anatomia Humana**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

NETO, J.F.R.; FERRAZ, M.B.; CENDOROGLO, 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, 2000, p.101-107.

OLIVEIRA, R. K.; HEIMANN, T. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, S. V. (org). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral**. 2 ed. São Leopoldo - RS: Sinodal, 2004.

PADILLA, G. V. Calidad de Vida: Panorámica de investigaciones clínicas. **Revista Colombiana de Psicología**. n.13, 2005, p. 80-88.

PANZINI, R. G., BANDEIRA, D. Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): elaboração e validação de constructo. **Psicologia em Estudo**. Maringa. v. 10, n.3, 2005, p. 507-516.

PANZINI, R.G.; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.R.; FLECK, M.P. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista Psiquiátrica Clínica**. v.34, n.1, 2007, p.105-115. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol/34/s1. Acesso em: 20/05/2010.

PARGAMENT, K. I. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York, USA: The Guilford Press. **Psycho-Oncology**. v.8, n.5, 1997, p.460-461.

PARGAMENT, K. F; ZINNBAUER, B.J.; SCOTT, A.B.; BUTTER, E.M.; ZEROWIN,J.; STANIK,P. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. **Journal of Clinical Psychology**. v.54, n.1, 1998, p.77-89.

PATEL, S.S.; SHAH, V.S.; PETERSON, R.A.; KIMMEL, P.L. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs. In ESRD patients treated with hemodialysis. **Am J Kidney Dis**. v.40, n.5, 2002, p.1013-1022.

PEREIRA, J. R. Espiritualidade no paciente em diálise. **Saúde e Espiritualidade**. Disponível em: <http://saudeeespiritualidade.blogspot.com/2011/04/espiritualidade-no-paciente-em-dialise.html>. Acesso em: 02/05/2011.

PEREIRA, L. C.; CHANG, J.; FADIL-ROMÃO, M.A.; ABENSUR, H.; ARAÚJO, M.R; NORONHA, I.L.; CAMPAGNARI, J.C. Qualidade de Vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v.25, n.1, 2003, p.10-6.

PERES, J.F.P.; SIMÃO, M.J.P; NASELLO, A.G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. psiquiatr.** São Paulo. v.34, n.1, 2007, p. 136-145.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. **Fisioterapia Geriátrica**: a prática da assistência ao idoso. São Paulo: Barueri, 2004.

REED, P. Spirituality and mental health in older adults: extant knowledge for nursing. **Fam Community Health**. v. 14, n.2, 1991, p. 14-25.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROCHA, N.S.; FLECK, M.P. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev Psiq Clín.** v.38, n.1, 2011, p.19-23.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: definição; epidemiologia; classificação. **J Brás Nefrol.** v.26, n. 1, 2004, p.1-3.

RZENIK, C. Descobrimos a vida apesar do câncer. **Revista Gaúcha Enferm.** v.21, n.esp., 2000, p.84-100.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**.v.8, n. 3, 2001, p.107-112.

SANTACREU, J.; ZACCAGNINI, J. L.; MÁRQUEZ, M. O. **El problema de “la droga”**: un análisis desde la psicología de la salud. Valencia: Primolibro, 1992.

SANTOS, E. C. **Comportamento sexual e religiosidade**: um estudo com jovens brasileiros. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pós-graduação em Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

SANTOS, P. R. Correlação entre Marcadores Laborais e Nível de Qualidade de Vida em Renais Crônicos Hemodialisados. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v.27, n.2, 2005, p.70-75.

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**. v.27, n.4, 2005, p. 184-190.

- SANTOS, P. R. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.52, n.5, 2006, p.356-359.
- SEIDL, E. M.; ZANNON, C. M. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n.2, 2004, p. 580-588.
- SELIGMAN, M.E.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: an introduction. **American Psychologist**. v.55, n.1, 2000, p.5-14.
- SESSO, R.C.; LOPES, A.A.; THOMÉ, F.S.; LUGON, J.R.; BURDMANN, E.A. Censo Brasileiro de Diálise, 2009. **J Bras Nefrol**. v.32, n.4, 2010, p.380-384.
- SHIDLER, N.R.; PETERSON, R.A.; KIMMEL, P.L. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. **American Journal of Kidney Diseases**. v.32, n.4 , 1998, p.557-566.
- SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M.A.; BRASIL, V.V.; OLIVEIRA, L.M.; ANDRAUS, L.M. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v.15, n.1, 2006, p.68-73.
- SOARES, M. S.; LIMA, C. B. **Grito de dor e canção de amor**: Uma visão humanística da AIDS na perspectiva da espiritualidade. Editora Universitária: João Pessoa, 2005.
- SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**. Natal. v.8, n.3, 2003, p.515-523.
- TERRA, F. S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido a hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. Dissertação (Mestrado) – Universidade José do Rosário Vellano. UNIFENAS, 2007.
- TERRA, F. S.; COSTA, A.M.. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos Submetidos à Hemodiálise. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v.15, n.3, 2007, p.430-436.
- TERRIN, A. N. A doença? Síndrome de desarmonia do espírito tratado sobre religiões antigas e novas. In: DAL PINO, F. **Liturgia e terapia**: a sacramentalidade a serviço do homem na sua totalidade. São Paulo: Paulinas, 1998.
- THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Research methods in physical activity**. 3.ed. Champaign: Human Kinetics, 1996.
- TIX, A. P.; FRAZIER, P. A. The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v.66, n.2, 1998, p.411-422.
- 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. 001, 2004, p.12-29.

UNDERWOOD-GORDON, L.; PETERS, D.J.; BIJUR, P.; FUHRER, M. Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities. A commentary. **Am J Phys Med Rehabil.** v.76, n.3, 1997, p. 181-260.

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.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In:_____. **A espiritualidade no trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2006.

VINACCIA, S. **Calidad de vida e insuficiencia renal crónica.** Psicología de la Salud. Bogotá: Kimpres Ltda, 2005. p.91-99.

VOLCAN, S. M. A; SOUSA, A.; MARI, J. J.; HORTA, B. L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo. v.37, n.4, 2003, p.440-445.

WALTON, J. Finding a balance: a grounded theory study of spirituality in hemodialysis patients. **Nephrol Nurs J.** v.29, n.5, 2002, p.447-456.

WARNER-ROBBINS, C.G.; BOMAR, P.J. **Family spirituality and religion. Foundations of nursing care of families in family health promotion.** In: BOMAR, P.J. Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders, 2004.

WESTGATE, C. E. Spiritual wellness and depression. **Journal of Counseling & Development.** v.75, n.1, 1996, p.26-35.

WITIER, P.L. La qualité de vie. **Revue Prevenir.** v.33, 1997, p.61-62.

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.** Tese (Doutorado) – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

ZHAN, L. Quality of Life: Conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing.** v.17, 2006, p.795-800.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Religiosidade e Qualidade de Vida dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise

Pesquisador (a) Responsável: Fabio Correia Lima Nepomuceno

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Fabio Correia Lima Nepomuceno, pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, pretendo realizar um estudo cujo objetivo é estudar a religiosidade e a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise na cidade de João Pessoa/PB e gostaríamos da sua participação. Caso concorde, neste trabalho, o (a) Sr.(a) será avaliado (a) com toda a técnica, segurança e higiene de acordo com normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do Ministério da Saúde.

O estudo será feito a partir da aplicação dos seguintes questionários para coleta de dados: formulário WHOQOL-Abreviado para avaliação da qualidade de vida e aplicação da Escala de Atitude Religiosa. Informamos que esta pesquisa não oferecerá riscos previsíveis a sua saúde, e informamos, ainda, que a sua participação é voluntária, que não receberá pagamento para isto, e que não será prejudicado de forma alguma caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o(a) prejudique.

Caso o Sr. (a) consinta, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos sua colaboração.

Contato com o (a) pesquisador (a) responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor ligar para o (a) pesquisador (a): **Fabio Correia Lima Nepomuceno**.

Telefones: 88423166, 91222382.

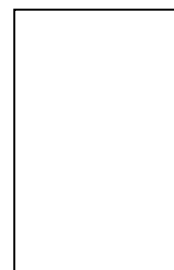
Endereço: R- Professora Egidia Wanderley Abrantes de Carvalho, Nº 126, Brisamar, Residencial Vila Marina, casa Nº15; CEP: 58032-434

CONSENTIMENTO

Após ter sido devidamente esclarecido sobre a pesquisa, consinto em participar da mesma e dou o meu consentimento para a publicação dos resultados. Informo que estou recebendo uma cópia deste Termo.

Assinatura do (a) voluntário (a) da pesquisa

Assinatura da testemunha



Assinatura do pesquisador responsável

João Pessoa, ____/____/____.

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

1. Dados Pessoais:

Iniciais do Nome: _____

Sexo: () Fem. () Masc.

Idade: _____

Naturalidade: _____

Procedência: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

É praticante? _____

2. Dados Clínicos:

Tempo em Tratamento da doença renal: _____

Dias da semana do tto: _____

Tempo em diálise: _____

Sinais e sintomas: _____

ANEXOS