

Bem-estar espiritual e coping religioso/espiritual em pessoas com insuficiência renal crônica

Bienestar espiritual y afrontamiento religioso/espiritual en personas con insuficiencia renal crónica

Spiritual well-being and spiritual/religious coping in people with chronic kidney disease

• Thaila Oliveira Zatiti Brasileiro¹ • Valéria Helena Salgado Souza² • Andressa Anuniação de Oliveira Prado³ • Rogério Silva Lima⁴ • Denismar Alves Nogueira⁵ • Erika de Cassia Lopes Chaves⁶ •

•1• Enfermeira, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: thailazatiti@hotmail.com

•2• Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: valeriasouza533@hotmail.com

•3• Enfermeira. Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: andressa.a.prado@hotmail.com

•4• Mestre em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: rogerio.lima@unifal-mg.edu.br

•5• Doutor em Estatística e Experimentação Agropecuária. Docente do Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: denismar@unifal-mg.edu.br

•6• Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: erika.chaves@unifal-mg.edu.br

Recibido: 05/10/2016 Aprobado: 25/04/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.60359



Resumo

Objetivo: Avaliar a variação temporal e a correlação entre o bem-estar espiritual e *coping* religioso/espiritual de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico.

Metodologia: Estudo descritivo, analítico e longitudinal. A amostra inicial contou com 118 participantes com perda de 31 ao final das coletas, o que reduziu a amostra final para 87 participantes. Foram aplicados, por meio de entrevista, o questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Breve (CRE-Breve) e a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE) em três coletas distintas, realizadas a cada dois meses.

Resultados: Verificou-se que as pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise fazem uso do enfrentamento religioso e espiritual. A média do CRE positivo foi 3,34, que reflete um escore alto. O EBE total e o EBE religioso associaram-se significativamente à importância dada à religião/espiritualidade ($p < 0,001$).

Conclusão: Os pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico entrevistados neste estudo utilizam o *coping* religioso/espiritual de forma positiva e significativa, da mesma forma que consideram importante a religião/espiritualidade em suas vidas.

Descritores: Espiritualidade; Insuficiência Renal; Diálise Renal (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Evaluar la variación temporal y la correlación entre el bienestar espiritual y el afrontamiento religioso/espiritual en personas con insuficiencia renal crónica sometidas a hemodiálisis.

Metodología: Estudio descriptivo, analítico y longitudinal. La muestra inicial contó con 118 participantes, pero al final de la recopilación de datos hubo una pérdida de 31, lo que redujo la muestra a 87. Se aplicaron mediante entrevistas el cuestionario sociodemográfico y clínico, la *Escala de Coping Religioso/Espiritual Breve* (CRE-Breve) y la *Escala de Bem-estar Espiritual* (EBE). La recopilación de datos se realizó en tres etapas, con intervalos frecuentes de dos meses.

Resultados: Se encontró que las personas con insuficiencia renal crónica sometidas a hemodiálisis suelen recurrir al afrontamiento religioso y espiritual. La media positiva de CRE fue de 3,34, lo que reflejó una alta puntuación. Por su parte, el EBE total y el EBE religioso se asociaron significativamente con la importancia que se le da a la religión/espiritualidad ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis utilizan el afrontamiento religioso/espiritual de manera positiva y significativa; así mismo, consideran importante la religión/espiritualidad en sus vidas.

Descriptorios: Espiritualidad; Insuficiencia Renal; Diálisis Renal (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To assess temporal variation and correlation between spiritual well-being and spiritual/religious coping in people with chronic kidney disease on hemodialysis.

Methodology: Longitudinal, descriptive and analytical study. Initial sample was composed of 118 participants, but at the end of data collection, there was a loss of 31 participants, which is why the sample was reduced to 87. A socio-demographic and clinical questionnaire, the Brief Spiritual/Religious Coping Scale (Brief-srCOPE Scale), and The Spiritual Well-Being Scale (swB) were applied using interviews. Data collection were carried out in three stages, at two-month frequent intervals.

Results: It was found that people with chronic kidney disease on hemodialysis tend to resort spiritual and religious coping. The spiritual/religious coping mean positive was 3.34, reflecting a high score. On the other hand, total swB and the religious swB were significantly associated with the importance given to spirituality/religion ($p < 0.001$).

Conclusions: Patients with chronic kidney disease on hemodialysis make use of spiritual/religious coping positively and significantly; likewise, they regard religion/spirituality as important in their lives.

Descriptors: Spirituality; Renal Insufficiency; Renal Dialysis (source: DECS BIREME).

Introdução

A insuficiência renal crônica (IRC) é considerada um problema de saúde pública em consequência das suas elevadas taxas de mortalidade e morbidade (1, 2). É definida como a perda das funções renais, que ocorre de forma lenta, irreversível e progressiva. Os sintomas começam a aparecer após uma perda de mais de 50% da função renal, e são considerados sutis, como a hipertensão, edema de olhos e pés e anemia leve. Estes sintomas evoluem até que a capacidade renal alcance 10% a 15% da normal (3).

Quando a pessoa é diagnosticada com IRC, inicia-se o tratamento com terapias conservadoras, o que inclui o tratamento dietético, medicamentoso e o controle da pressão arterial (4). Entretanto, quando o tratamento conservador não é capaz de manter a qualidade de vida do paciente e começam a aparecer múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia do organismo, o indivíduo precisa se submeter à hemodiálise (HD), um procedimento que tem a finalidade de apoiar a função renal, removendo substâncias tóxicas e o excesso de líquido por meio de uma máquina especializada (3).

O número estimado de pacientes que realizam tratamento dialítico ao ano no Brasil é maior que 111 000 (5). Nesse contexto, as pessoas que carecem desta terapia apresentam dificuldades no seu dia a dia que acarretam diversas alterações biopsicossociais. Essas alterações interferem na qualidade de vida do paciente com alterações da imagem corporal, restrição hídrica e alimentar, perda do emprego e perda das suas funções, entre outros (1). Tais mudanças podem, por sua vez, colaborar para a incidência de depressão, ansiedade e estresse (6).

A (HD) representa uma esperança para esses pacientes, uma vez que a doença é irreversível. Entretanto, observa-se dificuldade na adesão do paciente ao tratamento, pela negação da doença, pelos prejuízos no convívio social e também pelas repercussões em sua imagem corporal. Assim, muitos procuram na religião e na fé uma forma de encontrar apoio e alívio para o seu sofrimento (7).

Neste contexto, a espiritualidade desponta como uma dimensão humana capaz de promover significado à vida e, conseqüentemente, de favorecer hábitos saudáveis e contribuir para o enfrentamento do sofrimento advindo da doença renal, do seu tratamento e de suas conseqüências (8, 9).

Religião e espiritualidade são conceitos distintos (10). Eles podem estar relacionados, porém, não são sinônimos. A religião envolve uma fé particular em que as pessoas realizam atividades em grupo e partilham de uma mesma crença (11). Por outro lado, a espiritualidade é vista como um fenômeno mais simples que a religiosidade e refere-se a valores transcendentais e aos modos pelos quais as pessoas descobrem um propósito para suas vidas (12).

A espiritualidade é definida por Koenig *et al.* (13) como uma busca interior de respostas sobre o significado e sentido da vida e o relacionamento com o sagrado ou com o transcendente, podendo ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas. Relaciona-se aos valores íntimos, com a completude interior, harmonia e conexão com os outros (14, 15).

Já a religiosidade pode ser compreendida como uma extensão da crença do indivíduo, como ele a pratica e se participa de uma organização religiosa ou não. Refere-se ao grau de envolvimento religioso e como isso influencia em seus hábitos e atividades cotidianas (1, 16).

O real impacto das experiências religiosas e espirituais são de difícil compreensão. No entanto, a espiritualidade tem sido compreendida como um recurso interno que favorece a aceitação da doença, o empenho pelo restabelecimento, estimula o contato e aceitação de ajuda de terceiros e até a reabilitação da saúde (2, 17).

O uso da religião, crenças e comportamentos religiosos, das possíveis manifestações da espiritualidade como alternativas para o enfrentamento das condições adversas de saúde e estressores da vida é denominado *coping* religioso/espiritual (18, 19). Estudos mostram que as estratégias de *coping* são melhores preditores dos resultados das experiências relacionadas ao estresse que as medidas religiosas (20, 21).

O bem-estar espiritual é entendido como a percepção subjetiva da pessoa sobre sua crença (22). Para Marques (17), o bem-estar espiritual exprime a

abertura da pessoa para a dimensão espiritual, que possibilita integração da espiritualidade com outras dimensões de sua vida, potencializando sua capacidade de crescimento e renovação. É uma experiência de apoio e de fortalecimento, buscada voluntariamente, para o enfrentamento bem sucedido (17).

É importante que profissionais da área da saúde, sobretudo enfermeiros, que constantemente estão ao lado do paciente, percebam a relevância da religião e da espiritualidade na vida das pessoas sob seus cuidados e compreendam suas implicações no convívio com a doença renal crônica. O profissional deve notar que esses atributos podem influenciar a experiência do adoecimento e tratamento e que enxergar a pessoa com IRC para além de sua dimensão biológica é um passo fundamental para o cuidado integral na prática clínica (23).

As estratégias de *coping* religioso/espiritual podem tornar-se ferramentas relevantes na avaliação espiritual das pessoas e auxiliá-las a utilizar seus próprios recursos internos de forma mais eficaz, no enfrentamento da doença renal e seu tratamento (2, 19). Logo, enfatiza-se a necessidade de ampliar o conhecimento e a discussão sobre a influência do *coping* religioso/espiritual e do bem-estar na recuperação de pacientes com condições crônicas.

Este estudo tem por objetivo avaliar a variação temporal e a correlação entre o bem-estar espiritual e *coping* religioso e espiritual de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico e a forma como são utilizados.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, longitudinal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 17149113.0.0000.5142) conforme diretrizes e normas para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos. Obteve-se o consentimento dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O delineamento longitudinal foi adotado por explorar fenômenos dinâmicos, controlar as diferenças individuais e permitir o acompanhamento do desenvolvimento dos indivíduos e variáveis associadas ao longo do tempo (24). Na literatura disponível não foram encontrados estudos com essa metodologia aplicados ao assunto.

A população do estudo foi composta por 160 pacientes com IRC em tratamento em uma unidade de HD, de um hospital filantrópico de Minas Gerais, avaliados no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. O objetivo do estudo foi avaliar o bem-estar espiritual e a autoestima de pacientes com IRC em HD e a relação entre elas (25). A amostra por conveniência iniciou-se na primeira coleta com 118 pacientes que atenderam aos critérios de elegibilidade: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar consciente de sua identidade e situado no tempo e espaço e com capacidade para expressar-se verbalmente. Durante a segunda e terceira coletas, 31 pacientes desistiram, faleceram ou mudaram de unidade para realização da HD, o que reduziu a amostra para 87 pacientes.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário sócio-demográfico e clínico, com o objetivo de caracterizar os participantes quanto aos aspectos demográfico, clínico e espiritual/religioso, a Escala de *Coping* Religioso/espiritual Breve (CRE-Breve) e a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). O questionário sócio-demográfico e clínico foi submetido a um processo de refinamento por um grupo de três juízes com experiência no tema investigado que avaliaram quanto a aparência e conteúdo.

A CRE-Breve é uma versão resumida da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual validada para o Brasil por Panzini e Bandeira (26), adaptada da Escala *Brief-RCOPE* elaborada por Pargament et al. (18). Possibilita avaliar a aplicação de ferramentas religiosas e espirituais para lidar com estressores relevantes. A CRE-Breve consiste em 49 itens, 34 referentes ao CRE-Positivo e 15 referentes ao CRE-Negativo (27). As respostas variam de 1 (*nunca*) a 5 (*muitíssimo*) na escala tipo Likert de 5 pontos; a pontuação obtida permite a análise e entendimento dos dados com o cálculo do escore. Para análise da consistência interna dos itens da CRE-Breve, foi utilizado o alfa de Cronbach de 0,88 (26).

A EBE foi elaborada por Paloutzian e Elisson em 1982 (28) e foi adaptada e validada para o Brasil por Marques, Sarriera e Dell'Aglio em 2009 (17), cuja consistência interna foi de 0,92, demonstrando alta fidedignidade. Esta escala é formada por 20 itens subdivididos em duas subescalas, com 10 itens cada: a subescala de bem-estar religioso (EBE religioso), que contém referência a Deus; e a subescala de bem-estar existencial (EBE existencial), que não faz referência a Deus (22).

Os itens da escala permitem respostas que variam de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”. Para o escore geral de bem-estar espiritual, os pontos equivalem aos intervalos de 20 a 40, 41 a 99 e 100 a 120 e, nas duas subescalas, os intervalos são 10 a 20, 21 a 49 e 50 a 60 pontos, para baixo, moderado e alto bem-estar espiritual, respectivamente (22, 28). Os resultados da EBE foram considerados positivos para escore alto, e negativo para moderado e baixo (22, 29).

A análise de consistência interna, calculada pelo alfa de Cronbach, dos itens da Escala de Bem-estar espiritual demonstraram alta fidedignidade, sendo que os coeficientes foram 0,83 para *EBE existencial*, 0,80 para *EBE religioso* e 0,90 para o fator geral, bem-estar espiritual. Estes valores estão próximos aos encontrados na validação da escala por Marques *et al.* (30) que foram, respectivamente, 0,85, 0,92 e 0,92.

A coleta dos dados foi realizada durante as sessões de (HD), por meio de entrevista. A entrevista tem a finalidade de facilitar e agilizar a união dos dados obtidos e contornar possíveis limitações dos respondentes, como por exemplo, dificuldades de leitura e escrita (31). Ressalta-se que as perguntas foram lidas pela pesquisadora, com o cuidado de evitar qualquer tipo de interpretação.

Foram realizadas três coletas com o mesmo indivíduo no período de estudo, com observações repetidas ao longo do tempo e com intervalos de dois meses entre as coletas. A realização de três coletas teve a finalidade de comparar a utilização do *coping* pelo paciente em (HD) ao longo do tempo.

Os dados coletados foram agrupados em um banco de dados usando uma planilha eletrônica e posteriormente avaliado pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0, para análise descritiva. Para o estudo longitudinal, foram utilizados modelos lineares generalizados com GEE (*Generalized Estimation Equations*) (32) para avaliar a associação das variáveis com o tempo. Esta análise foi realizada no programa estatístico R (33), pacote *geepack* (34), onde foram estimados os parâmetros da regressão longitudinal (modelo marginal) assumindo uma matriz de covariância com estrutura permutável. O nível de significância adotado no estudo foi de 5%.

Resultados

Características sócio-demográficas, clínicas e religiosas/espirituais

Dos 87 participantes do estudo, 57,5% eram do sexo masculino. Observou-se a prevalência de baixa escolaridade e renda familiar (ver Tabela 1). A média de idade dos entrevistados foi de 58 anos (DP = 12,81).

Tabela 1. Caracterização do perfil sócio-demográfico da amostra analisada, Minas Gerais, 2015 (n = 87)

Características sócio-demográficas		f (%)
Sexo	Feminino	37 (42,5)
	Masculino	50 (57,5)
Escolaridade	Sem escolaridade	12 (13,8)
	Fundamental incompleto/completo	55 (53,2)
	Ensino Médio incompleto/completo	10 (11,5)
	Superior incompleto/completo	10 (11,5)
Estado civil	Casado/a	53 (61,0)
	Solteiro/a	17 (19,5)
	Divorciado/a	9 (10,3)
	Viúvo/a	6 (6,9)
	Outros	2 (2,3)
Ocupação	Sim	7 (8,0)
	Não	2 (2,3)
	Aposentado	50 (57,5)
	Auxílio Doença*	23 (26,4)
	Dependente da família	5 (5,8)
Renda familiar mensal	Um salário mínimo**	32 (36,8)
	De dois a três salários	44 (50,6)
	De quatro a cinco salários	6 (6,9)
	Mais de 6 salários	5 (5,7)

*Benefício cedido pelo governo a pessoas que não trabalham devido a problema de saúde e recebem auxílio doença.

** Valor salário mínimo: 678,00 reais.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao tempo de tratamento hemodialítico, 65,5% pacientes realizavam HD há menos de cinco anos; 18,4% entre cinco e dez anos e 16,1% pacientes há mais de dez anos. A média do tempo de tratamento foi de 4,47 anos (DP = 4,57).

Entre os 87 participantes, 58,6% apresentavam comorbidade associada. Entre eles, 6,9% tinham diabetes, 25,3% hipertensão e 26,4% mais de uma comorbidade associada.

Quanto às variáveis relacionadas à religiosidade/espiritualidade, 79,3% afirmaram praticar atividade religiosa como rezar/orar/meditar, 74,4% professaram a religião católica e 93,1% consideraram a religião e a espiritualidade como importante ou muito importante em suas vidas; 73,6% são praticantes da crença religiosa professada (ver Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das características religiosas e espirituais da amostra analisada. Minas Gerais, 2015 (n = 87)

Características religião/espiritualidade		f (%)
Atividade religiosa	Sim	69 (79,3)
	Não	18 (20,7)
Religião	Católica	65 (74,7)
	Evangélica	19 (21,9)
	Sem religião, mas espiritualizado.	2 (2,3)
	Espírita	1 (1,1)
	Ateu	-
Praticante da crença religiosa	Sim	64 (73,6)
	Não	23 (26,4)
Importância da religião/espiritualidade	Não é importante	1 (1,1)
	Pouco importante	5 (5,8)
	Importante	25 (28,7)
	Muito importante	56 (64,4)

Fonte: Dados da pesquisa.

Para a análise estatística foi considerado o valor médio dos escores dos participantes.

Bem-estar espiritual (EBE)

A média do EBE, obtida pela Escala de bem-estar espiritual total foi de 92,16, que reflete um escore moderado do bem-estar espiritual. A média do EBE religioso foi de 37,53 e do EBE existencial foi de 45,33, enquadrando-se em um escore moderado de bem-estar espiritual. Observa-se que as médias tiveram um comportamento semelhante nas três situações. Quando analisadas ao longo do tempo, verifica-se que não houve uma diferença significativa entre as médias (ver Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos resultados da Escala EBE de acordo com as três avaliações temporais, Minas Gerais, 2015 (n = 87)

Avaliações	Escala EBE	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1ª	EBE total 1ª	50	120	93,59	17,01
2ª	EBE total 2ª	45	116	87,38	12,08
3ª	EBE total 3ª	54	120	95,53	13,00
	EBE total Médio	50	119	92,16	10,65
1ª	EBE Religioso 1ª	19	48	38,16	7,07
2ª	EBE Religioso 2ª	18	46	35,57	5,42
3ª	EBE Religioso 3ª	19	48	38,86	5,64
	EBE Religioso Médio	19	47	37,53	4,46
1ª	EBE Existencial 1ª	24	60	46,49	8,49
2ª	EBE Existencial 2ª	20	59	44,16	6,62
3ª	EBE Existencial 3ª	28	60	47,86	7,05
	EBE Existencial Médio	22	59	45,33	6,23

Fonte: Dados da pesquisa.

Correlação entre EBE e variáveis religiosas/espirituais

Realizou-se uma análise a fim de correlacionar o EBE total e religioso com as variáveis religiosas e espirituais. O EBE total e o EBE religioso associaram-se significativamente à importância dada à religião/espiritualidade ($p < 0,001$); quanto maior a importância atribuída pelo paciente à sua religião/espiritualidade, maior o seu bem estar espiritual e religioso. O EBE existencial também associou-se significativamente à importância dada à religião/espiritualidade com a religião católica ($p = 0,012$), o que sugere que indivíduos adeptos a essa religião apresentam um maior bem-estar espiritual existencial do que praticantes de outras religiões no grupo estudado (ver Tabela 4).

Tabela 4. Valores de p e coeficientes das correlações entre o EBE e as variáveis religiosas, Minas Gerais, 2015 (n = 87)

Variáveis	Coefficiente de correlação (r)	p
EBE total x Importância da religião	0,519	0,000
EBE existencial x Importância da religião	0,585	0,000
EBE existencial x Religião católica	0,626	0,012
EBE religioso x Importância da religião	0,511	0,000

Fonte: Dados da pesquisa.

Coping religioso espiritual (CRE)

De acordo com os resultados, verifica-se que as pessoas com IRC em (HD) fazem uso do enfrentamento religioso e espiritual. A média do CRE positivo foi de 3,34 (escore alto). A média do CRE negativo foi 1,83, enquadrando-se no escore baixo. De acordo com a Tabela 5, os valores de CRE não variam ao longo do tempo.

Tabela 5. Distribuição dos resultados da Escala CRE-Breve durante 6 meses, de acordo com as três avaliações temporais, Minas Gerais, 2015

Avaliações	Escala CRE abreviada	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1ª	CRE positivo 1	1,44	4,82	3,32	0,58
2ª	CRE positivo 2	1,21	4,26	3,28	0,52
3ª	CRE positivo 3	1,41	4,53	3,44	0,55
	CRE positivo médio	1,35	4,28	3,34	0,43
1ª	CRE negativo 1	1,00	3,60	1,82	0,59
2ª	CRE negativo 2	1,00	3,33	1,82	0,57
3ª	CRE negativo 3	1,00	3,73	1,84	0,58
	CRE negativo médio	1,04	3,56	1,83	0,43
1ª	CRE total 1	2,57	7,25	5,14	0,84
2ª	CRE total 2	2,47	7,01	5,11	0,87
3ª	CRE total 3	2,81	7,23	5,28	0,86
	CRE total médio	2,62	7,16	5,17	0,66

Fonte: Dados da pesquisa.

Correlação entre CRE-Breve e variáveis religiosas/espirituais

Também foram analisadas as variáveis religiosas e espirituais associadas ao CRE. O CRE negativo associou-se significativamente com a religião evangélica ($p = 0,001$), o que significa que os pacientes adeptos a essa religião no grupo estudado não buscam a religião para lidar com o estresse causado pela doença. O CRE positivo associado à importância dada à religião/espiritualidade ($p = 0,001$) e à prática de atividade religiosa ($p = 0,003$) pelos pacientes foi significativo. Portanto, os pacientes que consideram a religião/espiritualidade importantes e as colocam em prática buscam apoio nelas para lidar com suas dificuldades (ver Tabela 6).

Tabela 6. Valores de p e coeficientes de correlações entre o CRE e variáveis religiosas, Minas Gerais, 2015 ($n = 87$)

Variáveis	Coefficiente de correlação (r)	p
CRE positivo médio x Importante	0,217	0,001
CRE positivo médio x Atividade religiosa	0,298	0,003
CRE negativo médio x Religião evangélica	0,341	0,001
CRE total médio x Atividade religiosa	-0,251	0,019
CRE negativo médio x Religião evangélica	0,271	0,011

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 7. Coeficientes de correlação entre os escores de Bem-estar e coping religioso, Minas Gerais, 2015

Variáveis		EBE Total Médio	EBE Religioso Médio	EBE Existencial Médio	CRE Positivo Médio	CRE Negativo Médio
EBE Religioso Médio	Coef. de correlação	0,924**	1			
	p	< 0,001	-			
EBE Existencial Médio	Coef. de correlação	0,859**	0,726**	1		
	p	< 0,001	< 0,001	-		
CRE Positivo Médio	Coef. de correlação	0,487**	0,461**	0,432**	1	
	p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	-	
CRE Negativo Médio	Coef. de correlação	-0,285**	-0,214*	-0,279**	0,147	1
	p	0,007	0,046	0,009	0,174	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Associações da escala CRE-Breve com a escala EBE

O coeficiente de Correlação de Spearman mostrou associação significativa entre o CRE positivo e o EBE total médio, o EBE religioso médio e o EBE existencial médio ($p < 0,001$). A partir destes dados, pode-se inferir que, quando a pessoa busca apoio na religião/espiritualidade, ela apresenta um maior bem-estar espiritual. Em contrapartida, houve correlação

inversa entre o CRE negativo e o EBE total médio, EBE religioso médio e EBE existencial médio, com valores de p de 0,007, 0,046 e 0,009, respectivamente. Tais dados reforçam a ideia anterior no sentido de que a pessoa que não busca apoio na religião/espiritualidade para sua vida não possui bem-estar espiritual (ver Tabela 7).

Discussão

Neste estudo, a espiritualidade representou um papel fundamental na vida dos pacientes em HD praticantes da sua religiosidade. Sabe-se que espiritualidade e religiosidade são dimensões que podem beneficiar o conforto, a harmonia, podem proporcionar alívio, além de favorecer a prática de valores como a fé, a crença e o amor. Ainda, a espiritualidade pode ser considerada como um recurso para sensibilizar o enfrentamento de situações de vida adversas (10, 35).

No presente estudo, verificou-se que os participantes mantiveram escores moderados do bem-estar espiritual (EBE) total, religioso e existencial ao longo do período das avaliações. Houve similaridade com um estudo que avaliou o bem-estar espiritual e a autoestima de pacientes com IRC em tratamento hemodialítico e investigou a relação entre ambos. Os autores observaram que o nível de bem-estar espiritual de pacientes com insuficiência renal crônica fazendo (HD) apresentou-se moderado (25). Entretanto, as pessoas que consideram a religião/espiritualidade muito importante tiveram seu bem-estar espiritual mais elevado, posto que a prática religiosa pode favorecer a manifestação da espiritualidade (10).

Além disso, notou-se que o bem-estar espiritual está mais ligado com a satisfação geral e sentido para a vida, sem a presença de algo divino, tendo em vista o maior escore obtido no EBE existencial. O que contradiz o estudo de Silva *et al.* (36), que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde e o bem-estar espiritual de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Neste estudo, a proximidade com Deus ou um ser supremo mostrou-se mais associada ao bem estar espiritual.

No entanto, Davison e Jhangvi (37) evidenciam que as crenças existenciais são capazes de gerar bem-estar, auxiliando as pessoas a lidar com sua doença e a enaltecerem a si mesmas e suas vidas. Nesse sentido, o bem-estar espiritual pode ser entendido como um recurso que está inserido

na capacidade de resiliência e proteção da saúde do paciente com IRC em tratamento hemodialítico. Ele pode auxiliar essas pessoas na assistência e redução de danos do processo saúde-doença, aumentando a qualidade de vida e ajudando no enfrentamento da doença (38).

Verifica-se, neste trabalho, que as pessoas com IRC em (HD) fazem uso do enfrentamento religioso e espiritual. O CRE positivo utilizado pelos participantes como estratégia de enfrentamento da doença foi mais elevado que o CRE negativo e os escores de CRE positivo mantiveram-se constantemente elevados ao longo do período de avaliações. O CRE positivo, definido como a busca pela proteção de Deus, a busca por apoio na literatura religiosa, orar pelo seu bem estar e pelo dos outros e resolver os problemas com a colaboração de Deus, pode ser associado a melhores resultados na saúde física, uma vez que evidências apontam que o CRE positivo é o mais utilizado, especialmente em situações de conflito (20).

Os dados deste estudo também mostram que o CRE positivo foi associado significativamente à importância dada à religião/espiritualidade pelos pacientes e a prática de atividade religiosa, o que corrobora os resultados obtidos no estudo de Valcanti *et al.* (2), em que a religião/espiritualidade foi considerada pelos pacientes como muito importante ou importante em suas vidas, associadas a um escore elevado de *coping* religioso/espiritual e ao enfrentamento positivo mais frequentemente mencionado que o negativo. Portanto, ter a religião como um fator importante na vida e colocá-la em prática contribui significativamente para a utilização do CRE positivo, o que reforça a ideia de que entre as causas para uma associação positiva entre religião e saúde está a criação de emoções positivas pelas práticas e crenças religiosas (20, 39).

As associações significativas entre CRE positivo e EBE total médio, EBE religioso médio e o EBE existencial médio, demonstram que as pessoas com maior espiritualidade apresentam um melhor enfrentamento, e isso não é influenciado pelo tempo, visto que os indivíduos continuam utilizando o CRE positivo mesmo em meio a todas as adversidades advindas da doença e seu tratamento. Segundo Saffari *et al.* (40), a religiosidade desempenha um papel importante não só no estado de saúde da pessoa com IRC como também oferece um mecanismo para o enfrentamento, acarretando melhora na qualidade de vida.

A espiritualidade possui o potencial de aliviar o sofrimento em situações de conflito, embora raramente ela seja valorizada na clínica (41). Logo, de acordo com Saffari *et al.* (40), é importante que os profissionais de saúde entendam a relevância desse enfrentamento para o manejo da doença crônica e seus desdobramentos, uma vez que, se os pacientes forem encorajados, estarão mais preparados para enfrentar qualquer situação de crise e, como consequência, terão melhor qualidade de vida, independentemente das perdas, doenças ou outras fontes de estresse e sentimentos negativos.

A espiritualidade pode afetar a saúde por meio de diversos mecanismos. Crenças existenciais e religiosas podem oferecer esperança, conforto e significados, mesmo em situações de extremo sofrimento (10). Como mencionado, existe um consenso de que a religião e a espiritualidade podem ser usadas como *coping*, e no estudo de Bragazzi e Puente (42), é citada a religião como forma de melhorar o ajustamento psicológico e proporcionar um maior bem-estar existencial, espiritual e religioso. Além disso, quando esses fatores são incentivados, a capacidade de enfrentamento também é maior, o que corrobora o estudo de Walton (43), que afirma a importância da espiritualidade na adaptação a uma nova realidade, em que age como uma força impulsora, acrescida da fé e da presença de um ser supremo, que auxiliam o indivíduo a enfrentar a morte e aceitar a doença.

Conclusão

Os pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, voluntários deste estudo, consideram a religião/espiritualidade importante em suas vidas, da mesma forma que utilizam o *coping* religioso/espiritual de forma positiva e expressiva. Houve associação significativa entre o *coping* religioso/espiritual e o bem-estar espiritual de forma positiva, demonstrando que os entrevistados com maior espiritualidade apresentam melhor enfrentamento e maior bem-estar espiritual.

Não se encontrou associação significativa entre o *coping* religioso/espiritual e o bem-estar espiritual no período de tempo avaliado; ainda assim, verificou-se que os participantes apresentaram escore moderado de bem-estar espiritual e escore elevado do *coping* religioso/espiritual e permaneceram com os mesmos escores durante esse

recorte temporal. Isto significa que, mesmo com as adversidades do tratamento, eles mantiveram o mesmo nível de bem-estar espiritual e *coping*.

O entendimento das formas de enfrentamento utilizadas pelos pacientes diante de sua condição pode favorecer a promoção do suporte necessário e adequado pela equipe de saúde, de forma a amparar o paciente no enfrentamento da doença e seus intervenientes. O profissional de enfermagem, em sua prática profissional deve compreender a espiritualidade do paciente e reconhecer a maneira com que ela mesma é capaz de influenciar o enfrentamento da sua condição de saúde.

Destaca-se a escassez de estudos experimentais acerca deste tema na literatura. Estudos dessa natureza apontariam, com melhor nível de evidência, a relação entre o bem-estar espiritual e o *coping* religioso/espiritual, o que possibilitaria uma melhor compreensão do fenômeno, mediante a análise e comparação dos resultados.

O fato da maioria dos pacientes ter afirmado possuir alguma religião ou serem espiritualizados é um fenômeno fortemente pessoal e subjetivo. É importante notar que estes resultados não podem ser generalizados e a possibilidade da utilização do *coping* é apenas presumida. Todavia, esse estudo coloca em perspectiva a necessidade de novas pesquisas que se dediquem a investigar e explorar as relações entre o *coping* religioso/espiritual e o bem-estar espiritual.

Agradecimentos

Ao CNPq pelo apoio financeiro.

Referências

- (1) Lucchetti G, Almeida LG, Granero AL. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? J Bras Nefrol [serial on the Internet]. 2010 [access: 2016 Mar 10];32(1):128-132. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000100020>
- (2) Valcanti CC, Chaves EC, Mesquita AC, Nogueira DA, Carvalho EC. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 10 mar 2016];46(4):838-845. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400008>

- (3) Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian chronic dialysis census 2014. *J Bras Nefrol* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Apr 10];38(1):54-61. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160009>
- (4) Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RA. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 10 mar 2016];21(Spe):152-159. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500003>
- (5) Santana SS, Fontenelle TT, Magalhães LM. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. *Rev Cient ITPAC* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 07 fev 2016];6(3):1-11. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/63/5.pdf>
- (6) Stureson A, Ziegert MK. Prepare the patient for future challenges when facing hemodialysis: nurses' experiences. *Int J Qual Stud Health Well-Being* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Mar 8];9(1):1-14. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.22952>
- (7) Souza EF, Martino MM, Lopes MH. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 08 mar 2016];41(4):629-635. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400013>
- (8) Vasconcelos EM. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *Rev Eletrônica Comun Inf Inov Saúde* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 08 fev 2016];4(3):12-18. Disponível em: DOI: [10.3395/reciis.v4i3.381pt](https://doi.org/10.3395/reciis.v4i3.381pt)
- (9) Falconi Filho A. *Perda de pessoas amadas*. São Paulo: Editora EME; 2011.
- (10) Davison SN, Jhangri GS. Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2016 Mar 8];40(6):838-843. Available from: DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015)
- (11) Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother* [serial on the Internet]. 2001 [access: 2016 Feb 10];35(3):352-359. Available from: DOI: [10.1345/aph.10215](https://doi.org/10.1345/aph.10215)
- (12) Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and-meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* [serial on the Internet]. 2001 [access: 2016 Mar 10];10(4):272-280. Available from: DOI: [10.1007/s005200100289](https://doi.org/10.1007/s005200100289)
- (13) Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2012.
- (14) Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clín* [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 15 mar 2016];34(1):88-94. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>
- (15) Guerrero GP, Zago MM, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 10 mar 2016];64(1):53-59. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>
- (16) Stoppa A, Moreira-Almeida A. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Em: Salgado MI, Freire G (Orgs.). *Religiosidade e saúde*. Belo Horizonte: Inede; 2008. pp. 427-443.
- (17) Marques LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicol Cienc Prof* [periódico na Internet]. 2003 [acesso: 14 fev 2016];23(2):56-65. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000200009>
- (18) Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* [serial on the Internet]. 2000 [access: 2016 Feb 12];56(4):519-43. Available from: <http://www.jpsych.com/pdfs/Pargament,%20Koenig%20&%20Perez,%202000.pdf>
- (19) Melaggi AG. *O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos* [tese de mestrado]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2009.

- (20) Panzini RG, Bandeira DR. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. Rev Psiquiatr Clín [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 08 fev 2016];34(1):126-135. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- (21) Moreira V, Freire JC. La dépression dans la postmodernité: un desordre des affections ou l'ordre des desaffections? Em: B. Granger, G. Charboneau (Dir.). Phénoménologie des sentiments corporels (Tome 1): douleur, souffrance, dépression. Paris: Le Cercle Hermeneutique; 2003. pp. 111-118.
- (22) Volcan SM, Sousa PL, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2003 [acesso: 10 mar 2016];37(4):440-445. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400008>
- (23) Chaves EC, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. Acta Paul Enferm [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 10 mar 2016];23(2):264-270. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200018>
- (24) Mota MM. Metodologia de pesquisa em desenvolvimento humano: velhas questões revisitadas. Psicol Pesq [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 08 fev 2016];4(2):144-149. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v4n2/v4n2a07.pdf>
- (25) Chaves EC, Carvalho TP, Carvalho CC, Grasselli CS, Lima RS, Terra FS *et al.* Associação entre bem-estar espiritual e autoestima em pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. Psicol Reflex Crít [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 14 fev 2016];28(4):737-743. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528411>
- (26) Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. Psicol Estud [periódico na Internet]. 2005 [acesso: 08 fev 2016];10(3):507-516. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>
- (27) Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 10 mar 2016];45(1):153-165. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>
- (28) Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D (Eds.). Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy. New York: John Wiley and Sons; 1982. pp. 224-234.
- (29) Gastaud MB, Souza LD, Braga L, Horta CL, Oliveira FM, Sousa PL *et al.* Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul [periódico na Internet]. 2006 [acesso: 10 mar 2016];28(1):12-18. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100003>
- (30) Marques LF, Sarriera JC, Dell'aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). Aval Psicol [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 12 fev 2016];8(2):179-186. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n2/v8n2a04.pdf>
- (31) Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC [periódico na Internet]. 2005 [acesso: 10 mar 2016];2(1):68-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>
- (32) Ghisletta P, Spini D. An introduction to generalized estimating equations and an application to assess selectivity effects in a longitudinal study on very old individuals. J Educ Behav Stat [serial on the Internet]. 2004 [acesso: 2016 Mar 12];29(4):421-437. Available from: DOI: 10.3102/10769986029004421
- (33) R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2014.
- (34) Højsgaard S, Halekoh U, Yan J. The R Package geepack for Generalized Estimating Equations. J Stat Softw [serial on the Internet]. 2006 [acesso: 2016 Feb 21];15(2):1-11. Available from: DOI: 10.18637/jss.v015.i02

- (35) Lephherd L. Spirituality: everyone has it, but what is it? *Int J Nurs Pract* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Feb 10];21(5):566-574. Available from: DOI: 10.1111/ijn.12285
- (36) Silva MS, Kimura M, Stelmach R, Santos VL. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 21 fev 2016];43(Spe 2):1187-1192. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600007>
- (37) Davison SN, Jhangri GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Feb 20];45(2):170-178. Available from: DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.02.019
- (38) Calvetti PÜ, Muller MC, Nunes ML. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicol Estud* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 08 fev 2016];13(3):523-530. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000300013>
- (39) Mesquita AC, Chaves EC, Avelino CC, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Mar 8];21(2):539-545. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>
- (40) Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Mar 14];18(4):269-275. Available from: DOI: 10.1111/nep.12041
- (41) Rocha AC, Ciosak SI. Chronic disease in the elderly: spirituality and coping. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Mar 5];48(2):92-98. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014>
- (42) Bragazzi NL, Puente G. Chronic kidney disease, spirituality and religiosity: a systematic overview with the list of eligible studies. *Health Psychol Res* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Feb 14];1(2):135-140. Available from: DOI: <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e26>
- (43) Walton J. Finding a balance: a grounded theory study of spirituality in hemodialysis patients. *Nephrol Nurs J* [serial on the Internet]. 2002 [access: 2016 Mar 14];29(5):447-456. Available from: <https://www.highbeam.com/doc/1G1-94078181.html>