

HRJ

v.3 n.16 (2022)

Recebido: 25/01/2022

Aceito: 10/03/2022

Espiritualidade/ Religiosidade utilizada como recurso de enfrentamento por pacientes com doença renal crônica

Camila dos Santos Müller¹
Adriana Mayon Neiva Flores²

¹Psicóloga Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Nefrologia pela ESCS/ FEPECS

²Psicóloga Preceptora e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Nefrologia da ESCS/ FEPECS/SES

RESUMO

Introdução: A doença renal, como condição crônica não transmissível, tem impacto significativo na rotina, na autonomia, no aspecto social e na saúde psíquica de seus portadores. Diante do exposto, durante o processo de tratamento, é muito comum o uso de enfrentamento religioso como uma das habilidades de enfrentamento do problema. Assim, esse estudo tem como objetivo analisar o uso da espiritualidade e da religiosidade como recursos de enfrentamento de problemas e seu impacto em processos de adesão ao tratamento em hemodiálise. **Método:** Consiste em uma pesquisa de natureza quantitativa, que para a coleta de dados usou de dois instrumentos: Escala de Avaliação dos Modos de Enfrentamento e Escala de Avaliação da Espiritualidade. Foi realizada pesquisa em prontuário eletrônico para o levantamento do perfil socioeconômico dos participantes e para a verificação da assiduidade nas sessões de hemodiálise. Por fim, realizou-se uma entrevista com a equipe de saúde, no intuito de verificar a percepção dos profissionais ao que se refere a adesão e ao autocuidado dos pacientes durante o curso do tratamento. Trinta pacientes foram selecionados e submetidos aos instrumentos supracitados. O estudo ocorreu na unidade de diálise do Hospital Regional de Sobradinho – DF. **Resultados:** Os dados sugerem que a maioria dos participantes são do sexo masculino (n= 17 , 57%), com renda familiar entre um e dois salários mínimos (n= 20, 67%), alfabetizados (n= 16,53%), católicos (n= 15, 51%) e em hemodiálise de um a dois anos (n= 16, 54%). Notou-se que o enfrentamento religioso, a crença religiosa e o otimismo espiritual foram categorias utilizadas de forma recorrente pela maioria dos pacientes, independente da qualidade do padrão de adesão. **Conclusões:** Infere-se que a espiritualidade e o enfrentamento religioso são recursos de organização da saúde psíquica, podendo ser considerados como facilitadores no processo de adaptação ao adoecer.

Palavras-chave: Doença Renal, Enfrentamento Religioso, Espiritualidade, Adesão ao Tratamento

Spirituality/ Religiosity used as a resource coping by patients with chronic kidney disease

ABSTRACT

Introduction: Kidney disease, as a non-transmissible chronic condition, has a significant impact on routine, autonomy, social aspect and psychological health of its carriers. Given the above, during the treatment process, it is very common the use of religious coping as one of the coping skills. Thus, this study aims to analyze the use of spirituality and religiosity as coping resources and their impact on treatment adherence processes in hemodialysis. **Method:** This is a quantitative research, which used two instruments for data collection, firstly the scale of evaluation of coping modes, followed by the application of the Spirituality Evaluation Scale. A survey was conducted in electronic medical records to survey the socioeconomic profile of the participants and to verify the assiduity in the hemodialysis sessions. Finally, an interview was conducted with the health team, in order to verify the perception of the participating professionals regarding the adherence and self-care of patients during the course of treatment. Thirty patients were selected and submitted to the instruments mentioned above. The study occurred in the dialysis unit of the Regional Hospital of Sobradinho - DF. **Results:** The data suggest that most participants are male (n= 17 , 57%), with family income between one and two minimum wages (n= 20, 67%), literate (n= 16, 53%), Catholic (n= 15, 51%) and in hemodialysis from one to two years (n= 16, 54%). Also, it is understood that religious coping is used recurrently by most patients, regardless of the quality of the pattern of adherence observed, following the same pattern, it is observed, the presence of religious beliefs and spiritual optimism in all categories of adherence to treatment. **Conclusions:** Therefore, it is inferred that spirituality and religious coping are resources for organizing psychological health, and may be considered facilitators in the process of adaptation to illness.

Keywords: Kidney Disease, Religious Coping, Spirituality, Treatment Adherence

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada como a perda progressiva das funções dos rins, causando o comprometimento desse órgão e da capacidade em desempenhar suas funções. Considerada atualmente como um problema de saúde pública, a DRC é responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade, ocasionando efeitos negativos na qualidade de vida dos indivíduos acometidos por essa enfermidade.¹

Com impactos físicos, psicológicos e sociais, a doença renal crônica submete o indivíduo a uma experiência de intensas alterações em sua rotina, causada por efeitos colaterais do tratamento. Segundo o Ministério da Saúde², as terapias renais substitutivas (TRS) são

utilizadas para substituir as funções dos rins no tratamento da DRC. Atualmente existem três tipos de tratamentos: hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal (TR). A HD ocorre por meio de uma máquina que assume as funções dos rins. O paciente é submetido ao processo normalmente três vezes por semana, em um período que dura em torno de três a cinco horas por sessão. Isso implica em uma vida com limitações para o paciente, sendo considerado um tratamento restritivo e doloroso.¹

De acordo com Resende,¹ as DRC desenvolvidas na fase adulta da vida provocam a redução da autonomia, além do surgimento de dores físicas e de sofrimento emocional. Dessa forma, considerando os efeitos negativos na vida desses pacientes, surge a necessidade de adaptações à nova realidade. Por conseguinte, estratégias de enfrentamento são configuradas como recursos emocionais importantes para a promoção de adaptação dos pacientes ao tratamento da DRC.³

O enfrentamento psicológico é definido por um empenho cognitivo que visa suavizar e controlar as condições e as necessidades interiores ou exteriores adversas. Esse é um recurso psíquico utilizado pelo indivíduo para suportar circunstâncias desfavoráveis e se constitui como objeto de estudo do saber psicológico. Trata-se, então, de uma estratégia que pode ser utilizada, aprendida e rejeitada, diferenciando-se dos mecanismos de defesa inconscientes e sem intencionalidade.⁴

Os autores ainda descrevem que o enfrentamento pode ser dividido em duas classes funcionais. A primeira tem foco na emoção e seria como uma forma de regular o estado emocional resultante de uma situação estressora e reduzindo a sensação física desagradável. Já a segunda, é focada no problema e atua no evento que originou a sensação de estresse, com o objetivo de alterá-lo, modificando a problemática existente na interação do indivíduo com o meio estressor, conforme Folkman e Lazarus, citado por Antoniazzi.⁴

Ademais, as classes de enfrentamento mostram que o tipo focalizado na emoção poderá auxiliar o tipo focalizado no problema. Enquanto uma tática promove a retirada da tensão, a outra auxilia na modificação do evento ameaçador, conforme Folkman e Lazarus, citado por Antoniazzi.⁴

Também, é descrito pela literatura um outro padrão de habilidades de enfrentamento que diz respeito à busca por suporte social. Referente a um conjunto de estratégias funcionais para lidar com situações adversas que protegem o indivíduo através da percepção de pertencimento, valorização social e suporte emocional.⁷

Já o enfrentamento religioso, também apontado em ampla literatura e objeto de interesse no presente estudo, se refere a uma estratégia que ocorre quando a religião é utilizada pelos indivíduos no manejo de uma situação adversa. Trata-se do uso de crenças e atitudes de caráter religioso com função de amenizar a percepção dos problemas e de suas consequências negativas, podendo ajudar na tolerância e manejo do estresse resultante da exposição ao evento negativo. São ferramentas de enfrentamento religioso: a própria religião, a espiritualidade e as crenças pessoais.⁵

O enfrentamento religioso pode ser classificado como positivo ou negativo, a depender dos resultados observados. Os resultados positivos tendem a gerar sentimentos de conexão como transcendente, proteção e/ou perdão divino. Os resultados negativos são apontados pela literatura como uma projeção de soluções milagrosas que impedem ou prejudicam o protagonismo na solução ou melhor manejo do problema central.⁵

Ainda sobre a temática do enfrentamento religioso, a espiritualidade, para Bragettha⁶, é uma procura pessoal ligada às questões existenciais. A associação com o divino ou com algo superior não necessariamente dependem de uma religião. Considerada como algo individual e existencial, a espiritualidade não está naturalmente associada a uma religião: os sujeitos podem

ser espiritualizados e não necessariamente ser religiosos, como também indivíduos religiosos não serão naturalmente espiritualizados.

De forma semelhante, para Bragettha⁶, a espiritualidade pode ser a busca pelo sentido da vida que vai além do palpável, uma procura por algo superior e que não deve estar conectada à religiosidade. Pode-se divergir espiritualidade de religião ao considerar que a primeira se relaciona a algo transcendente e a segunda se apoia em alicerces institucionais e religiosos.⁶

Por isso, a espiritualidade possibilita o entendimento e a significação de questões complexas relacionadas ao próprio existir, sendo uma experiência de contato com o outro e consigo mesmo, considerada como algo característico ao indivíduo e uma mola propulsora na procura de algo que ofereça respostas às questões existenciais, dando significado a tais aspectos transcendentais ao ser.⁶

Adicionalmente, tem-se o pronunciamento da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a importância da espiritualidade para as ciências da saúde, em 1988:

A Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo a questões como significado e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. Para a OMS, a espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido.⁸

Para Tschoepke,⁸ a espiritualidade pode ser entendida como a relação existente entre o indivíduo e algo transcendente, como uma busca de sentido para a vida através do contato com o não material, e para se melhor compreender a definição de espiritualidade é importante diferenciá-la da religião.

Já a religião pode ser compreendida como uma instituição social que visa a organização da experiência subjetiva, como produtora de sentidos e funções sociais, sendo importante ao

indivíduo e a forma como ele se relaciona com o seu meio. Trata-se de um elemento necessário no âmbito simbólico-cultural existente na sociedade. Influencia a visão de mundo do indivíduo e orienta seus pensamentos e ações no sentido de criar significados simbólicos para as vivências religiosas.⁹

Em uma perspectiva mais profunda, a religião distingue-se da religiosidade. Esta última está relacionada a ações, emoções e pensamentos advindos das crenças acerca do divino, associando-se a uma tradição religiosa. Estão inclusas ações de ida aos cultos e experiências de caráter pessoal como a oração, além de influenciar padrões de comportamento, de enfrentamento e de compreensão das experiências positivas ou negativas.¹⁰

O'Brien, citado por Teixeira¹¹, realizou um experimento com pacientes idosos em hemodiálise ao longo de três anos, avaliando a importância da religião no melhor ajustamento do paciente ao tratamento proposto. Seus resultados revelaram que em 70% dos pacientes a religião e as crenças foram relacionadas ao ajuste adequado ao tratamento: melhora nos padrões de enfrentamento e adesão. Os dados apontaram, inclusive, para um aumento de crenças e pensamentos de cunho religioso em pacientes ao longo do tempo em tratamento de hemodiálise, ao final dos três anos de estudo. O autor concluiu que os comportamentos de religiosidade podem ser considerados essenciais no controle de transtornos depressivos e na melhora do enfrentamento da doença. Por outro lado, alerta que a crença religiosa pode ter efeitos negativos quando o paciente associa sua fé à cura milagrosa ou aos rituais alternativos de tratamento, podendo determinar padrões de não adesão ou esquiva de suporte médico.¹¹

A adesão é conceituada pela OMS, citada por Araújo et al¹² como “o grau de correspondência e concordância do paciente com as recomendações do médico ou de outro profissional da saúde no que se refere à ingestão de medicamentos, seguimento da dieta e mudanças nos hábitos de vida”.

Já o “fator fé” de Hebert Benson é caracterizado pela relevância da religiosidade sobre vários outros aspectos da saúde do indivíduo, tais como: favorecimento de habilidades de altruísmo, uso do tocar terapêutico, uso das orações como recursos no processo de tratamento. De acordo com os estudos realizados por Hebert Benson, observou-se que por meio do uso da oração, mentalização, meditação ou relaxamento, ocorre um alívio emocional que gera alterações físicas e químicas, utilizadas tanto para a homeostase mental e física quanto para prevenção de doenças.¹¹

Também para Geronasso e Coelho, citado por Lemos¹³, a espiritualidade e a religiosidade trazem benefícios à saúde dos indivíduos. Essa saúde a qual se refere vai além do físico, abrangendo também fatores psicológicos e sociais, possibilitando melhoras no quadro de pessoas doentes. A religião pode trazer alterações significativas e positivas relacionadas à saúde, uma vez que pode estimular ações de proteção e mudança de hábitos dos fiéis.

Doenças graves, crônicas e que podem ocasionar o óbito tendem a gerar respostas de angústia, rejeição ou medo, principalmente quando os tratamentos médicos sugeridos não são voltados para cura e sim para a manutenção da saúde. Nesse sentido, a revisão da literatura indica a importância do enfrentamento espiritual/religioso no decorrer do tratamento para que os indivíduos consigam lidar com a dor e sofrimento resultantes da enfermidade de formas mais funcionais e garantindo melhores padrões de adesão e continuidade do acompanhamento.⁸ Pesquisar o uso dessas estratégias psicológicas em pacientes renais crônicos que utilizam o sistema de saúde pública do Distrito Federal pode contribuir para a melhor compreensão desse fenômeno e a avaliação dos seus impactos no enfrentamento e na adesão ao tratamento em hemodiálise. Além de proporcionar a elaboração de protocolos de orientação e educação em saúde com vistas a melhor adaptação psíquica do paciente crônico ao seu tratamento continuado.

OBJETIVO

Objetivo Geral

O presente estudo teve como objetivo analisar o uso da espiritualidade e da religiosidade como recursos de enfrentamento de problemas e os seus impactos nos processos de adesão ao tratamento em hemodiálise.

Objetivo Específico

- Identificar os tipos de enfrentamentos utilizados pelos indivíduos em hemodiálise;
- Mapear a presença de indicadores relacionados à espiritualidade e à religiosidade, por meio da avaliação psicológica;
- Avaliar indicadores de qualidade do padrão de adesão nesses pacientes dialíticos;
- Discutir possíveis impactos que as estratégias de enfrentamento espiritual e religioso poderiam ter no processo de adesão.

MÉTODO

A pesquisa baseou-se no método quantitativo, de natureza descritiva e explicativa em concordância com os dados obtidos. Foi realizada na Unidade de Nefrologia do Hospital Regional de Sobradinho, situado no Distrito Federal. Os objetivos estão apoiados na observação e no registro dos fenômenos segundo uma amostra selecionada da população geral (descrição), e envolve um estudo mais profundo dos dados coletados (explicativo). A pesquisa também possui uma característica exploratória, pois permite ao pesquisador uma familiarização com a temática estudada.¹⁴

Participantes

O estudo ocorreu por meio de amostra por conveniência, não probabilística, composta por 30 pacientes que realizaram hemodiálise no Hospital Regional de Sobradinho durante o período de realização da pesquisa. Os critérios de inclusão consistiram em pacientes que possuíam vaga fixa no serviço de hemodiálise, com idade acima de 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa. A formalização da participação ocorreu pelo consentimento expresso dos participantes seguido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE . Os critérios de exclusão foram indivíduos menores de 18 anos, pessoas com deficiências intelectuais e aqueles com dificuldades de verbalização e de audição que poderiam dificultar a interação com a pesquisadora.

Coleta de dados

Os dados foram coletados após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/DF com identificador 38606320.3.0000.5553. Após aprovação e assinatura do TCLE pelo participante, as escalas de espiritualidade e de enfrentamento foram aplicadas durante as sessões de HD. Os dois instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora, inicialmente a EMEPE e a seguir a Escala de Avaliação da Espiritualidade. As questões foram lidas oralmente para os participantes e suas respostas transcritas pela pesquisadora. A seguir, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde do setor, além das pesquisas em prontuários eletrônicos, o que será melhor detalhado adiante.

Na oportunidade, a avaliadora fez uma breve explicação sobre o preenchimento das escalas e os seus objetivos, além de esclarecer as dúvidas residuais. A coleta de dados ocorreu nas três etapas apresentadas a seguir:

1. Aplicação de duas escalas:
 - a) Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP. Foi aplicado de forma individual, com duração média de 30 minutos;
 - b) Escala de Avaliação da Espiritualidade. Foi aplicada de forma individual, com duração média de 15 minutos.
2. Entrevista com a equipe de saúde. Foi aplicada de forma individual, com duração média de 15 minutos;
3. Pesquisa em prontuário eletrônico. Realizada busca, com duração média de 20 minutos para cada sujeito participante da pesquisa.

Instrumentos

- Escala de Modos de enfrentamento de Problemas (EMEP)

A EMEP é um instrumento validado no Brasil por Seidl, Tróccoli e Zannon.¹⁵ Trata-se de uma escala do tipo likert, o que significa que é caracterizada por itens nos quais os participantes são levados a mostrar seu nível de concordância em relação às afirmações apresentadas. A EMEP apresenta 45 itens que envolvem comportamentos e pensamentos diante de uma situação estressora específica.

- Escala de Avaliação da Espiritualidade

A Escala de Avaliação da Espiritualidade foi desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro,¹⁶ com intuito de avaliar a espiritualidade a partir de duas categorias: “crenças” e “esperança ou otimismo”. As crenças englobam os questionamentos relacionados com a religião, a fé e o sentido da vida, sendo composta pelos primeiros dois itens. Esperança ou otimismo são avaliados pelos três itens restantes. A escala também é em formato likert, com quatro opções de respostas: 1 – “não concordo” ; 2 – “concordo um pouco”; 3 – “concordo bastante” e 4 – “concordo plenamente”.¹⁷

- Entrevista com a equipe de saúde

O roteiro de entrevista com a equipe de saúde, foi elaborado pela autora e buscou verificar a percepção dos profissionais participantes no que se refere a qualidade da adesão e do autocuidado dos pacientes durante o curso do tratamento. O respondente escolheu uma entre as três opções seguintes: 1- ``Boa adesão``; 2- ``Adesão limítrofe`` e 3- ``Baixa adesão`` em relação aos pacientes que participaram da coleta de dados. A entrevista foi realizada com três enfermeiras e uma psicóloga do setor.

- Pesquisa em prontuário eletrônico

A etapa da pesquisa em prontuário eletrônico abarcou questões orientadas aos dados sociodemográficos, ao ganho de peso interdialítico (média dos últimos seis meses) e a assiduidade nas sessões de hemodiálise. Considerou-se que o ganho de peso interdialítico seria um indicador de qualidade de diálise e que, associado ao indicador de assiduidade e de percepção da equipe sobre autocuidado observado, seriam preditores relevantes para avaliar a boa adesão ao tratamento.

RESULTADOS

Para a tabulação dos dados foi utilizado o programa Excel versão 2019 e sua análise ocorreu por meio da criação de um banco de dados, com base na estatística descritiva e na comparação dos resultados.

Tabela 1 - Análise dos dados sociodemográficos dos participantes com DRC realizando hemodiálise na unidade de nefrologia do Hospital Regional de Sobradinho do Distrito Federal, de dezembro de 2020 a junho de 2021

Características dos respondentes	Número	Porcentagem
Sexo		
Feminino	13	43%
Masculino	17	57%
Total Geral	30	100%
Renda Familiar		
1- 2 SM	20	67%
2 - 3 SM	9	30%
Sem renda	1	3%
Total Geral	30	100%
Nível de Escolaridade		
Alfabetizado (a)	16	54%
Analfabeto (a)	2	7%
Ensino Fundamental	7	23%
Ensino Médio	4	13%
Ensino Superior	1	3%
Total Geral	30	100%
Crença Religiosa		
Católico (a)	15	51%
Espírita (a)	1	3%
Evangélico (a)	7	23%
Outras	1	3%
Sem religião	6	20%
Total Geral	30	100%
Tempo em Hemodiálise		
Até 6 meses	3	10%
Entre 1 - 2 anos	16	53%
Entre 3 - 5 anos	7	23%
Entre 6 -9 anos	2	7%
Acima de 10 anos	2	7%
Total Geral	30	100%

Anteriormente, pretendia-se realizar a pesquisa com 44 pacientes, mas em decorrência da aceitabilidade e acessabilidade dos dados em prontuário eletrônico a amostra do presente estudo foi constituída por 30 pacientes que preencheram os critérios de inclusão.

Dessa forma, nos dados sociodemográficos da população verificou-se que a maioria é do sexo masculino (n= 17 , 57%), com renda familiar entre um e dois salários mínimos (n= 20,

67%), alfabetizados (n= 16, 53%) e com ensino fundamental (n=7, 23%), Católicos (n= 15, 51%) e em hemodiálise há 2 (dois) anos (n= 16, 54%).

Grupos de enfrentamentos:

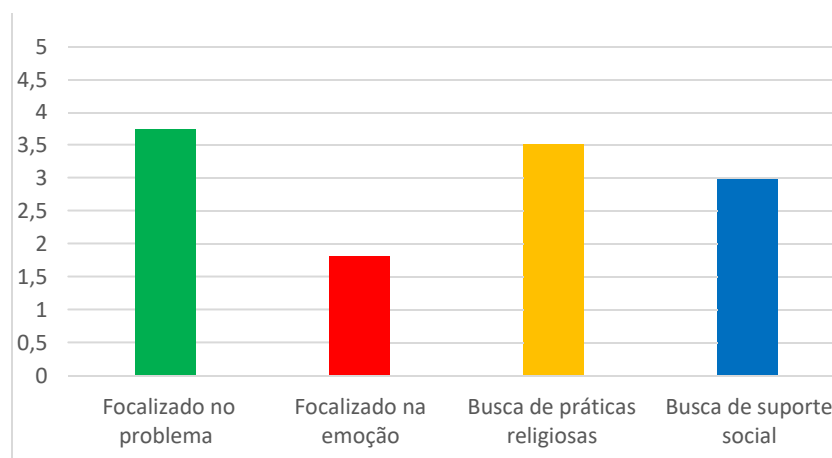


Gráfico 1 - Modos de enfrentamentos dos participantes

Adicionalmente, segundo dados coletados pela escala EMEP, os tipos de enfrentamentos mais utilizados pela amostra estudada são: o focalizado no problema (média = 3,73) e o pensamento fantasioso / busca de práticas religiosas (média= 3,64). Seguidamente, os de busca de suporte social (média 2,97) e do focalizado na emoção (média= 1,81).

Entrevista Equipe

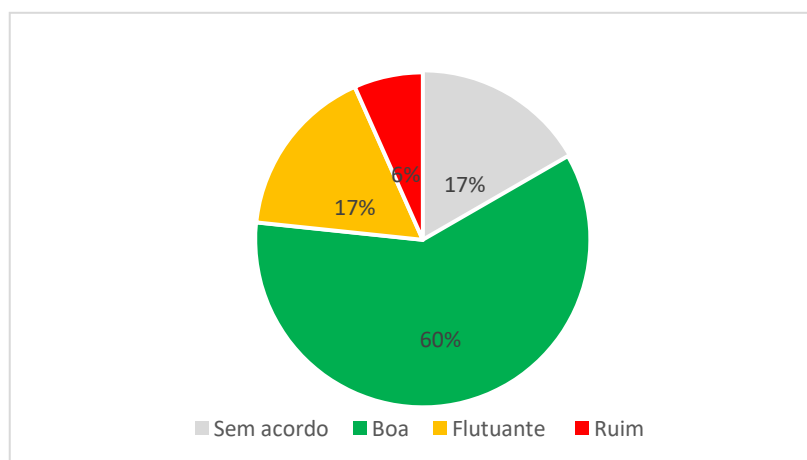


Gráfico 2 - Opinião dos profissionais em relação a adesão dos participantes

Na entrevista realizada com os profissionais de saúde acerca da percepção dos mesmos sobre a adesão (autocuidado) dos pacientes, verificou-se que a maioria da amostra está enquadrada na categoria boa adesão (n =18, 60%). Em 17% dos casos não foi possível encontrar um acordo nas opiniões dos profissionais entrevistados. Outros 17% foram enquadrados na categoria de adesão flutuante e 6% com adesão ruim. Pode-se observar que 40% dos pacientes possuem falhas de adesão que interferem em respostas com percepção ambígua ou negativa por parte da equipe.

Ganho de Peso Interdialítico

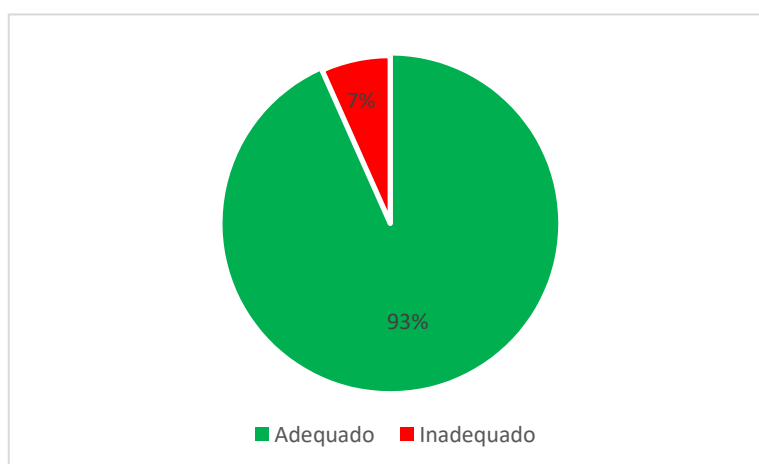


Gráfico 3 - Ganho de Peso Interdialítico dos participantes

Finalmente, quanto ao ganho de peso Interdialítico (GPID) a maior parte dos participantes permaneceram sem alterações no período de levantamento dos dados, classificando-se como adequado (n=28, 93%). E, os participantes pertencentes a categoria inadequada são a minoria da amostra estudada (n= 2, 7%). Nesse sentido, o GPID é definido como o acúmulo de líquidos entre as sessões de hemodiálise, o qual, será retirado nas sessões seguintes, assim, ganhos excessivos de líquidos poderão tornar a sessão de HD mais prolongada e complexa, ressalta-se que conforme apresentado na literatura o GPID adequado é baseado no aumento de 2 a 4,5% do peso seco entre as sessões.¹⁸ Já, o peso seco é descrito como o peso sem edema e é utilizado como referencial para a eliminação de líquidos nas sessões de HD.¹⁸

Número de Faltas

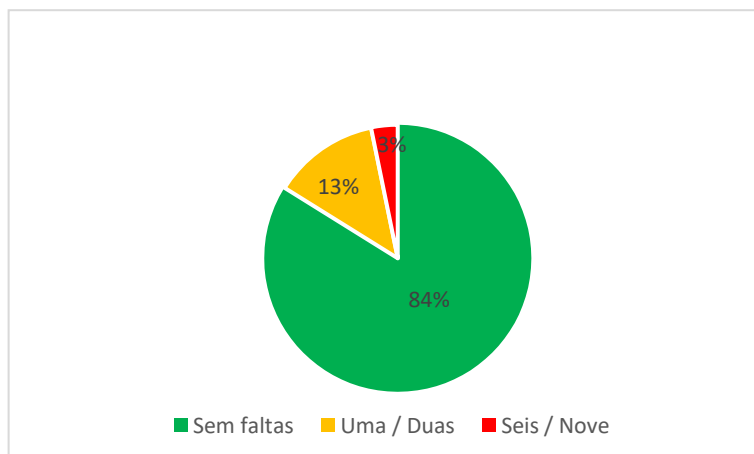


Gráfico 4 - Número de faltas dos participantes nos últimos dois meses

Adicionalmente, a assiduidade apresentou-se elevada na maior parte da população estudada (n=26, 84%), com poucas faltas variando entre uma e duas (n= 4, 13%) e faltas mínimas entre seis e nove (n=1, 3%) no intervalo de dois meses de sessões.

Grupos de Adesão ao Tratamento

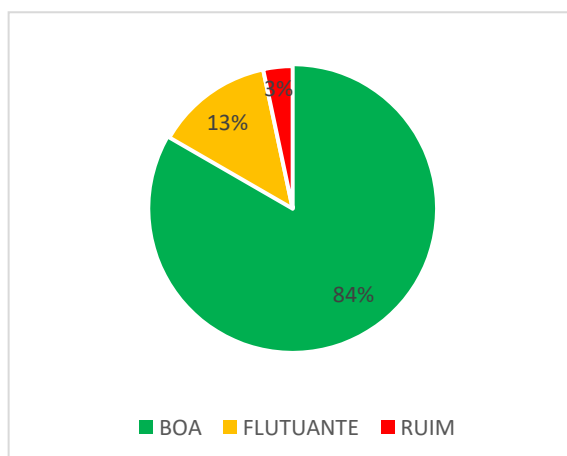


Gráfico 5- Grupos de adesão ao tratamento

Para se formar os grupos de adesão, utilizou-se de indicadores, como o GPID (separando-o no primeiro e no segundo mês), a assiduidade e a percepção da equipe. Assim, a partir desses critérios os participantes que apresentaram adequação em todos os indicadores foram enquadrados na adesão boa, porém, os que possuíam dois pontos adequados e dois

inadequados ficaram no grupo de adesão flutuante. Os que tinham inadequação na maior parte dos indicadores foram agrupados na categoria de adesão ruim. Observou-se a partir dos agrupamentos que a maioria da amostra estudada está na categoria de boa adesão (n= 25, 84%), segundo os indicadores utilizados. Fato que corrobora a percepção da equipe, conforme dados coletados em entrevista.

Enfrentamento Religioso e Adesão ao Tratamento

Tabela 2 - Enfrentamento Religioso e Grupos de Adesão ao Tratamento (de acordo o número total da amostra) de participantes.

BOA		
Enfrentamento Religioso	Nº	Porcentagem
Uso Recorrente	14	47%
Total	25	
FLUTUANTE		
Enfrentamento Religioso	Nº	Porcentagem
Uso Recorrente	3	10%
Total	4	
RUIM		
Enfrentamento Religioso	Nº	Porcentagem
Uso Recorrente	1	3%
Total	1	
Nº Total do Estudo	30	60%

A tabela apresentada refere-se ao comparativo entre o enfrentamento religioso e os grupos de adesão ao tratamento, ressaltando que a porcentagem exposta foi calculada segundo a amostra total do estudo (n= 30). Assim, de acordo com o número total da amostra estudada (n= 30), (n=18) pessoas integraram o uso do enfrentamento religioso de forma habitual, formando 60 % do uso recorrente, com base no número total dos participantes. Percebe-se, que a categoria Boa Adesão apresentou (n=14, 47%) do uso recorrente do enfrentamento religioso, diante do número total dos participantes. A Adesão Flutuante evidenciou (n=3, 10%) do uso recorrente dessa categoria de enfrentamento. A classe Adesão Ruim apontou (n=1, 3%) do uso recorrente total do enfrentamento religioso.

Espiritualidade (Crença) e Adesão ao Tratamento

Tabela 4 - Espiritualidade / Crença e Grupos de Adesão ao Tratamento (de acordo com o número total da amostra) de participantes.

BOA		
CRENÇA	Nº	Porcentagem
Uso Recorrente	19	63%
Total	25	

FLUTUANTE		
CRENÇA	Nº	Porcentagem
Uso Recorrente	2	7%
Total	4	

RUIM		
CRENÇA	Nº	Porcentagem
Uso Recorrente	1	3%
Total	1	

Nº Total de participantes	30	73 %
----------------------------------	----	------

A tabela referente a Escala de Avaliação da Espiritualidade focando na categoria crenças e comparando com os grupos de adesão, segundo o número total da amostra (n=30), exibiu, os seguintes resultados: Boa Adesão (n=19, 63%) do uso recorrente da crença, Adesão Flutuante (n=2, 7%) do uso recorrente da crença e Adesão Ruim (n=1, 3%) do uso recorrente da crença.

Espiritualidade (Otimismo) e Adesão ao Tratamento

Tabela 5 - Espiritualidade / Otimismo e Grupos de Adesão ao Tratamento (de acordo com o número total da amostra) de participantes.

BOA		
OTIMISMO	Nº	Porcentagem
Uso Recorrente	13	43%
Total	25	

FLUTUANTE		
OTIMISMO	Nº	Porcentagem
Uso Recorrente	1	3%
Total	4	

RUIM		
OTIMISMO	Nº	Porcentagem
Uso Recorrente	1	3%
Total	1	

Nº Total de participantes	30	49%
----------------------------------	----	-----

Seguidamente, na tabela relacionada a categoria Otimismo da Espiritualidade, de acordo com o número total da amostragem (n=30), foi indicado que o grupo de Boa Adesão demonstrou (n=13, 43%) em relação ao uso recorrente do otimismo. O grupo de Adesão Flutuante (n=1, 3%) do uso recorrente do Otimismo e o grupo de Adesão Ruim (n=1, 3%) do uso recorrente do Otimismo.

Por fim, nas tabelas de Enfrentamento Religioso e Adesão, nota-se que o Enfrentamento Religioso é utilizado de forma habitual pela maioria dos pacientes, independente da qualidade do padrão de adesão segundo os critérios utilizados nesse estudo. O mesmo padrão se repete quando analisamos a presença das crenças religiosas e do otimismo espiritual tanto em pacientes com Boa Adesão, Adesão Flutuante e Adesão Ruim.

DISCUSSÃO

De acordo com Morero, Bragagnollo e Santos¹⁹ as estratégias de enfrentamento influenciam no processo do adoecimento, sendo que tais recursos são significativos para a superação das dificuldades ou para a debilidade dessa superação. É ressaltado o valor do reconhecimento dos enfrentamentos utilizados, com a finalidade de favorecer as intervenções que irão gerar qualidade de vida, minimização do sofrimento e promoção de bem-estar.

Dessa forma, o presente estudo identificou que os tipos de enfrentamentos mais utilizados pelos participantes foram o focalizado no problema e a busca de práticas religiosas/espirituais. O primeiro é conceituado pela procura de soluções através da alteração de comportamento, como também, da criação de planos para resolução das dificuldades, nessa categoria o indivíduo não se esquia do estressor, mas tenta administrar o evento.¹⁹

O segundo ocorre quando a religião ou a espiritualidade são usadas para enfrentar o estresse, mas também quando acontece a utilização das crenças e dos comportamentos religiosos para solucionar os problemas ou minimizar os efeitos resultantes do estressor. O

enfrentamento religioso e espiritual poderão ser associados tanto aos enfrentamentos voltados para o problema quanto para os orientados a emoção.⁵

Assim, ainda segundo a literatura, a espiritualidade, a crença e a religiosidade, podem auxiliar de forma positiva no processo de saúde-doença, sendo estratégias capazes de propiciar o desenvolvimento de hábitos saudáveis, influenciar na boa adaptação ao processo de adoecimento e contribuir para a prevenção de agravos. Isto ocorreria por serem estratégias que oferecem sentido existencial e possibilitam a esperança de vida e o enfrentamento diante das patologias que ocasionam mudanças no estado físico e no estado psicológico dos pacientes.²⁰

Por isso, a fé é considerada como fator importante para a qualidade de vida e o bem-estar, observando que tanto a espiritualidade como a religiosidade são instrumentos de auxílio e fortalecimento psíquico diante de situações adversas.²⁰

O presente estudo sugeriu que em um grupo de participantes prioritariamente com boa aderência ao tratamento, todos os indivíduos apresentaram o uso do enfrentamento religioso como estratégia recorrente (60%). Os dados apresentados estão em concordância com Silva³, que defende que a religiosidade e a espiritualidade contribuem positivamente para a adesão ao tratamento, na medida em que poderão contribuir para o desenvolvimento da resiliência, uma maior procura pelo bem-estar e pela qualidade de vida.

Já, como resultado da Escala de Avaliação da Espiritualidade desenvolvida por Pinto e Pais-Ribeiro¹⁶, observou-se nível de concordância dos participantes com as categorias avaliadas pelo instrumento "crença" e "otimismo", constituindo (73%) do uso habitual da crença e (49%) do uso recorrente do otimismo.

Em seguida, o presente estudo avaliou alguns indicadores de qualidade da adesão dos participantes, buscando efetivamente caracterizar o perfil da amostra nesse quesito. Foram mapeados, portanto, o ganho de peso interdialítico e a assiduidade as sessões de diálise, onde o primeiro se refere a quantidade de líquido retido no organismo entre o intervalo de sessões de

diálise, geralmente por ingestão excessiva de sal, água, proteínas e minerais.²¹ O segundo corresponde ao número de faltas efetivas (com ou sem justificativa) as sessões de hemodiálise.

Os dados coletados mostram que a maioria (93%) dos participantes apresentou o ganho de peso interdialítico adequado e sem alteração. Sobre o critério de assiduidade, foi observado que 84% da amostra não apresentou faltas nas sessões dialíticas durante o período estudado, os dados que estão em conformidade com o resultado dos dados coletados em entrevista sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca da adesão dos participantes, pois 60% foram enquadrados na categoria de boa adesão.

Parece que temos, portanto, uma amostra caracterizada por indivíduos bem aderentes ao tratamento e com uso recorrente de estratégias de enfrentamento religioso como recurso psíquico de melhor adaptação emocional ao contexto. Esses dados parecem estar de acordo com Pagliuso e Barrão,²² que associa a religiosidade como um facilitador para obter conforto frente ao sofrimento gerado pelo adoecimento, argumentando sobre a influência positiva da religiosidade e da espiritualidade para a saúde mental, pois viabiliza o enfrentamento das enfermidades de forma resignificada.

Dessa forma, sugere-se que a espiritualidade e a religiosidade parecem estar associadas a uma boa adesão ao tratamento. Ressalta-se que o presente estudo apresentou uma amostra reduzida, considerando a aceitabilidade dos participantes e a ausência de informações em prontuário eletrônico. Outro aspecto de discussão é que a adesão é um tema complexo e difícil de ser quantificável ao longo do tempo. Assim, os resultados apresentados se baseiam estritamente em poucos critérios de adesão conforme a escolha da pesquisadora. A literatura específica indica que tal tema ainda pode ser avaliado por outros indicadores técnicos, os quais efetivamente não foram pesquisados no presente estudo. Como sugestão para os futuros projetos sobre o tema, estão a utilização de critérios mais amplos para a avaliação da adesão ao

tratamento e de instrumentos para averiguar a funcionalidade ou não do enfrentamento espiritual e religioso.

CONCLUSÕES

A hipótese levantada no presente estudo foi confirmada, ao pressupor que o enfrentamento religioso e espiritual está associado a uma boa adesão ao tratamento. Dessa forma, a temática trouxe a reflexão sobre a importância do enfrentamento religioso e espiritual na vida do paciente, como também, a necessidade de se compreender os tipos de enfrentamentos mais utilizados e a funcionalidade ou não dessas estratégias.

Por fim, é necessário assinalar a importância em dar seguimento nas pesquisas relacionadas ao tema exposto, no intuito de aprimorar técnicas de avaliação da espiritualidade e da religiosidade na adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Resende MC, Santos FA, Souza MM, Marques TP. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica* 2007; 19(2), 87-99.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília; 2014 [acessado 2022 Jan 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html. Acesso em: 15 jul. 2020.
3. Silva RAR, Souza VL, Oliveira GJN, Silva BCO, Rocha CCT, Holanda JRR. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. *Esc Anna Nery* 2016; 20(1):147-154.

4. Antoniazzi AS, Dell'aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*. 1998; 3(2): 273-294
5. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2007 (acessado 2022 Jan 23); 34(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016.
6. Braghetta CC. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade: escala de atitudes relacionadas à espiritualidade (ARES) [dissertação]. São Paulo: *Universidade de São Paulo*; 2017.
7. Santana TM, Kohlsdorf M, Araujo TCCF. Suporte social e enfrentamento de pacientes com Doença de Parkinson e seus cuidadores familiares. *Psicol Argum*. 2020; 38(101): 465-488.
8. Tschoepke ER. Estudo de levantamento bibliográfico sobre espiritualidade na Literatura da Área da Saúde [Especialização]. Rio Grande do Sul (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
9. Paiva GJ. Espiritualidade e qualidade de vida: pesquisas em Psicologia. In: Teixeira EFB, Muller MC, Silva JDT. Espiritualidade e qualidade de vida. Porto Alegre: *EDIPUCRS*; 2004.
10. Dias EN. Religiosidade e fatores associados: um estudo com residentes na cidade de Itajubá, Minas Gerais [Dissertação]. São Paulo: *Universidade de São Paulo*; 2012.
11. Teixeira EFB, Muller MC, Silva JDT. Espiritualidade e qualidade de vida. Porto Alegre: *EDIPUCRS*, 2004.
12. Araújo NCF, Palhão DMR, Silva VC, Ávila JOL, Cardoso KF, Santos ERF, et al. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. 2017; 8(3): 37-41.
13. Lemos CT. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. *Caminhos*. 2019; 17(2).
14. Fontelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontelles RGS. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. Pará: *Universidade da Amazônia – UNAMA*; 2009.
15. Seidl EMF, Troccoli BT, Zannon CMLC. Análise Fatorial de uma Medida de Estratégias de Enfrentamento: teoria e pesquisa. Universidade de Brasília. *Psicologia: teoria e Pesquisa*. 2001;

17(3): 225-234.

16. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arq Med.* 2007; 21(2):47-53.
17. Simões PJFF. Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade [Tese]. Santiago: *Universidade de Aveira*; 2010.
18. Riella MC, Martins C. Nutrição e o rim. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooan; 2013.
19. Morero JAP, Bragagnollo GR, Santos MTS. Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Rev Cuid.* 2018; 9(2): 2257-68.
20. Fornazari SA, Ferreira RER. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2010; 26(2): 265-272.
21. Silva RRL. Ganho de peso interdialítico excessivo e seus fatores associados [Dissertação]. Recife: *Universidade Federal de Pernambuco*; 2019.
22. Pagliuso L, Bairrão JF, Miguel H. A etnopsicologia e o trabalho institucional em uma unidade de abrigo. *Revista da SPAGESP.* 2011; 12(1): 43-55.