



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Ávila Souza Júnior, Eli; Da Silva Vanoni Trombini, Diego; Rodrigues dos Anjos Mendonça, Adriana; Castelli Von Atzingen, Augusto

Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes

Revista Bioética, vol. 23, núm. 3, 2015, pp. 615-622

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361542987019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes

Eli Ávila Souza Júnior ¹, Diego Da Silva Vanoni Trombini ², Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça ³, Augusto Castelli Von Atzingen ⁴

Resumo

A insuficiência renal crônica é uma doença de elevada morbimortalidade. O cotidiano dos pacientes acometidos reveste-se de sentimentos negativos, medo do prognóstico, incapacidade, dependência econômica, além daqueles relacionados à alteração da autoimagem. A religião e a espiritualidade podem ser recursos importantes para lidar com essas dificuldades. Para verificar essa hipótese, realizou-se no Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre/MG estudo qualitativo descritivo, objetivando avaliar, do ponto de vista do médico e do paciente, em que medida a religião influi no tratamento da doença. Para os médicos, a religião representa força e conforto no enfrentamento de qualquer doença. Já os pacientes, todavia, depositam na religião a esperança de que irão melhorar. O significado da religião em suas vidas foi distinto entre os dois grupos analisados; entretanto, ambos concordam que a religião configura um fator benéfico na vida do paciente, propiciando alívio, suporte e otimismo.

Palavras-chave: Religião. Insuficiência renal crônica. Pesquisa qualitativa. Qualidade de vida. Bioética.

Resumen

Religión en el tratamiento de la enfermedad renal crónica: una comparación entre médicos y pacientes

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad con una elevada morbilidad y mortalidad. La vida diaria de los pacientes afectados es de sentimientos negativos, el miedo ante el pronóstico, la incapacidad, la dependencia económica, además de aquello relacionado con el cambio de imagen de sí mismo. La religión y la espiritualidad pueden ser recursos importantes para hacer frente a estas dificultades. Para comprobar esta hipótesis, se llevó a cabo en el Hospital das Clínicas Samuel Libânio, de Pouso Alegre/MG un estudio cualitativo, descriptivo, con el fin de verificar, desde el punto de vista del médico y del paciente en qué medida la religión influye en el tratamiento de la enfermedad. Para los médicos, la religión representa fuerza y bienestar para hacer frente a cualquier enfermedad. Los pacientes, por su parte, depositan en la religión la esperanza de que van a mejorar. El significado de la religión en sus vidas fue diferente en los dos grupos analizados, sin embargo, ambos coinciden en que ésta configura un factor beneficioso en la vida del paciente, proporcionando apoyo, alivio y optimismo.

Palabras-clave: Religión. Insuficiencia renal crónica. Investigación cualitativa. Calidad de vida. Bioética.

Abstract

Religion in the treatment of chronic kidney disease: a comparison between doctors and patients

Chronic kidney disease is a disease with high morbidity and mortality. The daily life of affected patients includes negative feelings, fear of prognosis, disability, and economic dependence, as well as challenges related to changes in self-image. Religion and spirituality can be important resources in dealing with these difficulties. To test this hypothesis a qualitative, descriptive study was undertaken at the Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre/MG, in order to verify from the point of view of both doctors and patients if they believe that religion influences the treatment of the disease. For doctors, religion represents a strength and a comfort when facing any disease. Patients, however, identify religion with the hope that they will get better. While the significance of religion in their lives was different between the groups, both agreed that it represents a beneficial factor in the life of patients, providing relief, support and optimism.

Keywords: Religion. Renal insufficiency, chronic. Qualitative research. Quality of life. Bioethics.

Aprovação CEP CAAE 20972913000005102

1. **Graduando** elijr42@yahoo.com.br 2. **Graduando** diego_trombini@hotmail.com 3. **Doutora** drijar@hotmail.com 4. **Doutor** augvonatzingen@bol.com.br – Universidade do Vale do Sapucaí (Univas), Pouso Alegre/MG, Brasil.

Correspondência

Eli Ávila Souza Júnior – Alameda Libânio, 72 CEP 37130-000. Alfenas/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse

A insuficiência renal crônica é considerada doença com elevada taxa de morbidade e mortalidade. Caracteriza-se pela diminuição progressiva da função renal e por sua cronicidade, que acarreta limitações físicas, sociais e emocionais, as quais interferem de modo significativo na qualidade de vida dos portadores. Em “Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção”, Sesso ¹ adverte que sua incidência e prevalência em estágio avançado têm aumentado no mundo inteiro

Os tratamentos disponíveis para a enfermidade propiciam tão somente a substituição parcial da função renal, aliviando os sintomas e preservando a vida, porquanto nenhum deles é curativo ². Além disso, o processo terapêutico é experiência difícil e dolorosa, que, embora essencial para manter a vida do portador de doença renal crônica, transforma seu cotidiano, rotina, hábitos alimentares, sem falar das alterações em sua integridade física e emocional, entre outros aspectos.

Tais experiências envolvem, inclusive, significativas mudanças na vida social e familiar, que acabam desencadeando até mesmo dependência da previdência social e a perda da autonomia ³. Em geral, os pacientes relatam crescentes limitações físicas, provocadas pelo cansaço e dores constantes, que impedem a realização de certas tarefas ⁴. Na convivência cotidiana com esses pacientes é possível observar que expressam sentimentos negativos. Tais sentimentos incluem angústia, insegurança, pânico, depressão, desânimo, sensação de estar preso à máquina de diálise, medo relacionado às limitações decorrentes dessa situação e de suas repercussões e modificações no modo de ser e viver, com possíveis alterações em sua qualidade de vida ⁵.

Estudo desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2011, intitulado “Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise” ⁶, mostra a alteração na qualidade de vida do portador dessa patologia, como se pode verificar na fala de uma das participantes do estudo: *“Uma pessoa como eu, que tinha uma atividade física muito intensa; eu era professora de educação física. Então, foi uma coisa bastante complicada, eu ia pra academia, fazia aula de dança, era a minha vida, era a minha grande realização (...) hoje eu me acho meio inútil, às vezes eu tô em casa, eu tenho tempo demais, tem tempo livre demais e, ao mesmo tempo, não consigo achar nada que me ocupe e que eu me sinta legal (...) pra mim, foi muito complicado, de uma hora para outra tu te vê fraca por causa da anemia, sem poder fazer*

várias coisas que tu fazia, presa numa máquina pra poder sobreviver” ⁶.

Os pacientes com doença renal crônica devem se adaptar não somente à doença e ao seu tratamento, mas também aos numerosos problemas fisiológicos, psicossociais e espirituais que decorrem dessa condição. Nesse contexto adverso, muitos se apegam à fé e à religião como forma de encontrar apoio e alívio para seu sofrimento. A religião e a espiritualidade são constructos que recebem cada vez mais ênfase na assistência à saúde, na medida em que são comumente percebidos como uma forma de atribuir sentido à vida, de ter esperança e estar em paz em meio a acontecimentos graves, como a doença crônica ⁷.

Atualmente, evidenciam-se associações entre a maior religiosidade ou espiritualidade dos pacientes e o maior bem-estar geral em casos de doenças mentais ⁸; menor prevalência de depressão ⁹, abuso de drogas ¹⁰ e suicídio ¹¹; melhor qualidade de vida ¹²⁻¹⁴; modo mais adequado de lidar com a doença (*coping*) ¹⁵; menor mortalidade ^{16,17}; menos tempo de internação ¹⁸; e até mesmo melhor função imunológica ¹⁹. Diante de tantos benefícios, torna-se importante verificar a relação da religiosidade e espiritualidade nos pacientes em diálise.

Estado da arte

A edição de setembro de 2007 da revista europeia *Nephrology Dialysis Transplantation* trouxe como tema central a relação entre espiritualidade, qualidade de vida e paciente em diálise. O editorial afirma que *a relação entre qualidade de vida e espiritualidade certamente necessita ser explorada em maiores detalhes, tendo em vista a grande dificuldade em alcançar um impacto positivo na qualidade de vida de pacientes em diálise*. Diante disso, o editorial termina questionando: *Não parece ser razoável então explorar o papel da espiritualidade na coordenação e suporte ao cuidado desses pacientes?* ²⁰ Outro estudo demonstrou que, em pacientes com doença renal em estágio terminal, a percepção da importância da fé religiosa esteve associada à adaptação às transformações trazidas pela doença, estando diretamente ligada ao comportamento e inversamente relacionada a alienação ou sofrimento espiritual ²¹.

A religião tem levado conforto aos familiares, além de ser uma forma de apoio, visto que a comunidade religiosa estimula o envolvimento entre seus membros, facilitando compartilhar experiên-

cias. A religião também promove interação social e apoio entre a família e os demais membros da sociedade ²². Portanto, vê-se que, além do paciente, a associação entre religião e espiritualidade é igualmente benéfica aos familiares que convivem com o portador dessa doença.

Além disso, um aspecto relevante a ser ponderado é a importância conferida pelos médicos e profissionais de saúde ao conhecimento e incentivo da prática espiritual do paciente, visando à melhoria da qualidade de vida. Em 2006, estudo realizado nos Estados Unidos ²³ alertou para o fato de que os pacientes esperam que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) lhes perguntem sobre sua espiritualidade e mobilizem recursos espirituais no cuidar. Quando o tema da espiritualidade foi levado por um capelão aos pacientes da unidade de diálise sob sua assistência religiosa, verificou-se melhora geral na atuação da equipe e na resposta aos anseios espirituais dos pacientes.

É necessário, portanto, que profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros que fazem o acompanhamento do paciente, compreendam não apenas o significado da espiritualidade e da religião para o doente, mas também em que medida eventos significativos como a insuficiência renal crônica podem influenciar na forma de lidar com essa experiência, a fim de que, na prática clínica, as preocupações com os aspectos da espiritualidade possam realmente fazer parte do cuidado holístico ²⁴.

Todas as pessoas têm sua história de vida. A relação entre profissionais e o indivíduo doente é, antes de tudo, de natureza interpessoal. Nesse contato, as histórias se cruzam, se encontram, se completam, se confundem. Em alguns momentos, profissional e paciente constroem, juntos, uma nova história, uma história viva. É nesse contexto que a espiritualidade construída faz a diferença ²⁵.

Religião e espiritualidade têm, inegavelmente, significativa relevância no tratamento da doença renal crônica, seja para os pacientes, seja para os familiares e amigos que convivem com o sofrimento crônico causado pelo agravo. Cabe aos profissionais de saúde de forma geral, e principalmente aos médicos e enfermeiros que acompanham de perto esses pacientes, dar valor a essa relação e estimular a reflexão de seus pacientes acerca do assunto.

Assim, o objetivo deste trabalho foi conhecer a importância que médicos do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, em Pouso Alegre/MG, e pacientes ali atendidos atribuem à religião e à espiritualidade,

bem como identificar sua relação com o tratamento da doença renal crônica naquele contexto específico.

Método

Considerando a natureza deste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa do tipo exploratório, adotando-se como referencial metodológico a teoria das representações sociais (TRS). Para os estudos em saúde a TRS apresenta grande utilidade já que permite reunir aspectos subjetivos da área e sintetizá-los em ideias comuns. A fim de conhecer e descrever a importância da religião no tratamento da doença renal crônica, sob o referencial das representações sociais, recorreu-se ao método do discurso do sujeito coletivo (DSC), por possibilitar a abordagem do fenômeno estudado.

A pesquisa exploratória é realizada em área na qual o tema é pouco explorado, não havendo, portanto, conhecimento acumulado e sistematizado. Trata-se, na verdade, da primeira etapa de investigação mais ampla. E, por constituir-se em sondagem, não comporta hipóteses, as quais, todavia, podem surgir durante ou ao final da pesquisa ²⁶.

Realizou-se, então, entrevista individual, com duas questões semiestruturadas, precedida de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, essa normativa também orientou as questões éticas do estudo, as quais foram levadas, pelo investigador, ao conhecimento dos sujeitos da pesquisa ²⁷.

A pesquisa, realizada no período de 1º de dezembro de 2013 a 1º de outubro de 2014, teve como participantes 10 médicos clínicos e 10 pacientes portadores de doença renal crônica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio. As entrevistas buscaram identificar o significado e a importância da religião no tratamento da doença renal crônica. Cada entrevista foi gravada e, em seguida, transcrita para análise.

A análise dos resultados, baseada no DSC (redigido na primeira pessoa do singular), revelou expressões-chave (ECH) que tiveram as mesmas ideias centrais (IC) e a mesma ancoragem (AC), obedecendo-se rigorosamente à ordem das seguintes etapas:

- 1ª) Transcrição literal das respostas, após repetidas escutas das gravações e a compreensão clara da ideia geral e do discurso nelas contidos.

- 2ª) Leitura total das respostas de cada um dos entrevistados, seguida da leitura separada de todas as respostas para a questão analisada.
- 3ª) Transcrição das respostas à questão 1, sendo marcadas as ECH em itálico, e indicadas sublinhadas as IC, que representaram a descrição das ECH, e não sua interpretação. Mesmo procedimento para todas as demais questões.
- 4ª) Transcrição individual de cada ideia central com suas respectivas ECH.
- 5ª) Extração do tema de cada uma das perguntas, agrupando-se às suas respectivas IC os sujeitos (representados pelo número de entrevistados) e as frequências de ideias por meio de quadros.
- 6ª) Finalmente, construção em separado dos DSC de cada ideia central com suas respectivas ECH.

Resultados

Em relação ao perfil religioso dos 10 entrevistados portadores de doença renal crônica em tratamento dialítico no Hospital das Clínicas Samuel Libânio, 80% se declararam católicos e 20%, evangélicos. Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, a média encontrada entre os pacientes entrevistados foi de 6,7 anos. Já em relação ao tempo de tratamento dialítico, calculou-se uma média de 3,9 anos.

Tabela 1. Perfil religioso dos pacientes renais crônicos por religião, tempo de diagnóstico e tratamento – Hospital das Clínicas Samuel Libânio (Pouso Alegre/MG)

Paciente	Religião	Tempo de diagnóstico (anos)	Tempo de tratamento dialítico (anos)
1	Católica	3	3
2	Católica	6	1
3	Católica	2	2
4	Católica	17	15
5	Católica	1	1
6	Católica	20	6
7	Evangélica	2	1
8	Evangélica	5	5
9	Católica	10	4
10	Católica	1	1

Todos os médicos eram clínicos, com tempo de formado variando entre 1 e 30 anos, sendo que apenas três deles tinham 10 anos ou mais de formação. Quanto à crença religiosa, 50% informaram ser católicos; 20%, agnósticos; 20%, espíritas; e 10%, evangélicos.

Ao perguntar aos médicos “Para o(a) senhor(a), o que significa a religião em sua vida?”, encontrou-se em 50% das respostas a seguinte ideia central: *A fé, e não a religião, é o que importa*. As palavras-chave prevalentes no discurso do sujeito coletivo foram “fé”, “Deus”, “rituais”, “dogmas”, “igrejas”, “espiritualidade”, “força”, “alma”, “crença”, como se pode observar no trecho do DSC 1, a seguir:

“A fé, e não o nome da religião, é o que nos eleva a Deus. Creio que a misericórdia divina para com os seres humanos, independe dos rituais, dos dogmas e das igrejas. (...) Em minha vida, a espiritualidade tem magnitude superior à religião, sendo base de minhas atitudes e formadora do meu caráter. (...) A religião em minha vida significa ter fé, acreditar que há uma força maior nos guiando, abençoando, iluminando cada atitude tomada, nos protegendo de coisas ruins no dia a dia. (...) A religião não é importante, porque só Deus muda a sua alma e a salva. (...) Religião seria uma forma de exercício da fé, uma das maneiras ou caminho de expressão de sua crença”.

A segunda ideia central, identificada para outros 50% dos entrevistados, foi *A religião é um fator primordial na vida*. O conjunto de palavras-chave a ela relacionado é “primordial”, “importância”, “proteção”, “fundamental”, “espiritual”, “força”. Tal ideia refere-se ao trecho do DSC 2, transcrito em seguida:

“Acredito que a religião é um fator primordial na manutenção da saúde psíquica. Quando pertencemos a um grupo, seja ele qual for, desencadeamos sensação de importância e proteção ao nosso subconsciente. (...) Religião é uma parte fundamental na minha vida, porque me ajuda a desenvolver meu lado espiritual. (...) Algo que nos dá força para enfrentar as dificuldades encontradas. (...) Uma força pra se apoiar. (...) É algo a mais para que os pacientes possam depositar suas dores e agonias”.

Ao abordar os pacientes com a mesma questão – “Para o(a) senhor(a), o que significa a religião em sua vida?” –, a ideia central em 30% dos discursos foi: *Fé em Deus*. As palavras-chave a ela associadas foram “fé”, “base”, “Deus”, “nada”. O DSC 3 ilustra essa escolha de termos:

“Fé em Deus. (...) Sem fé, a gente não conquista nada, né? A fé é a base de tudo, está acima dos médicos e tudo mais. (...) A gente tem que ter muita fé em Deus, né? Porque, sem fé em Deus, nada é feito”.

Outra ideia central que apareceu ainda mais frequentemente no discurso dos pacientes partici-

pantes ainda foi *Significa tudo*, que corresponde a 70% das falas, como se percebe pelas palavras-chave identificadas: “tudo”, “fiquei”, “nada”, “religiosa”, “contente”, “feliz”. A seguir, o DSC 4 esclarece o uso desses termos:

“É tudo, sem religião não somos nada, acredito muito na religião. (...) Eu fui criado e nascido em ambiente religioso, meu pai era católico, aí foi que eu peguei, né? Fiquei. (...) Significa tudo. A pessoa sem religião não é nada. Graças a Deus. (...) Deus é muito bom pra gente, sabe. Eu sou religiosa faz 20 anos, estou muito contente, feliz. (...) A religião, pra mim, significa tudo, porque, sem Deus, a gente não é nada”.

Entre os médicos avaliados, observou-se que 50% valorizam a fé em Deus, colocando-a acima da religião. Para eles, a religião representa apenas formas diversas de exercer a fé. A outra metade considera a religião fator primordial na vida das pessoas. Quanto a essa representação, verificou-se concordância em relação aos pacientes, já que 30% deles acreditam que o significado da religião é a fé em Deus, enquanto 70% relataram que a religião significa tudo em suas vidas. Vê-se, portanto, que, nesse grupo de entrevistados, tanto médicos quanto pacientes valorizam a crença em Deus, considerando-a fundamental em suas vidas.

Na indagação feita aos médicos, “Se alguém lhe perguntasse qual a importância da religião no tratamento da doença renal crônica, o que o(a) senhor(a) diria?”, encontrou-se em 60% das falas a seguinte ideia central: *Representa força e conforto*. O conjunto das palavras-chave compôs-se de “suportável”, “conforto”, “aceitação”, “positivo”, “conforto”, “otimistas”, “força”, como se depreende do DSC 5:

“A fé torna o fardo mais suportável para o que sofre. (...) Através da religião, acredito que esses pacientes encontram um grande conforto e uma ideia de transcendentalidade que os redireciona para uma nova perspectiva sobre a própria doença, levando a uma aceitação maior, e um impacto positivo na própria sobrevivência. (...) Diria que a religião poderia servir de conforto para estes pacientes, capaz de transformar esses doentes em otimistas. (...) Mais uma força. A fé ajuda muito”.

Outra ideia central, identificada no discurso de 40% dos médicos, foi *Ajuda em qualquer doença*. A ela correspondem as palavras-chave “qualquer”, “suportável”, “tratamento”, “similar”, reproduzidas a seguir pelo DSC 6:

“A fé ajuda a curar qualquer doença. (...) Na doença renal crônica, assim como em qualquer doença, a fé torna o fardo mais suportável para o que sofre. (...) É de grande importância a religiosidade em um tratamento médico, uma vez que um paciente que exerce uma religião (e não apenas a declara) tende a ser mais otimista, aceitar o tratamento e segui-lo de maneira correta. (...) A religião, em minha opinião, tem uma importância similar em todas as doenças. É claro que se nota uma dependência maior da religião em doenças mais estigmatizantes, como câncer, doenças degenerativas etc.”.

Ao abordar os pacientes com a mesma pergunta, “Se alguém lhe perguntasse qual a importância da religião no tratamento da doença renal crônica, o que o(a) senhor(a) diria?”, identificaram-se as seguintes palavras e expressões-chave: “cura”, “ficar bom”, “graça”, “acima”, “vou melhorar”, “sair daqui”, “coragem”. Esses termos estão sintetizados na ideia central, expressa em 90% dos discursos, *Esperança de que vou melhorar*, como se pode observar no DSC 7, a seguir:

“Eu acho muito importante para a cura da minha doença. (...) Eu ainda tenho fé de ficar bom. (...) Eu rezo bastante, e graças a Deus parece que vou conseguir uma graça. (...) Ter fé, acreditar que Deus está acima dos médicos. Que eu vou melhorar. Que eu vou sair daqui logo. Não quero ficar, pois eu tenho a minha família para cuidar. Pensar positivo, com fé. (...) Nos dá mais coragem, mais ânimo para enfrentar o dia a dia”.

Denotando dificuldade, um paciente entrevistado (10%) disse que “não sabia responder” às indagações dos pesquisadores, resposta que constituiria o *corpus* do DSC 8: “Não sei responder ao senhor”. É importante pensar, entretanto, que essa afirmação pode significar que o paciente desconhece a resposta à pergunta, mas também indicar que ele considera seu futuro uma incógnita.

Ao avaliar a relevância da religião no tratamento da doença renal crônica, verificou-se que ambos os grupos, médicos e pacientes, consideram-na muito importante na evolução e no prognóstico da doença. Entre os médicos, ficou evidente que atribuem à crença religiosa a capacidade de fortalecer os pacientes na luta diária contra a doença, e de propiciar mais conforto diante do comprometimento que ela causa na qualidade de vida dos portadores. No entanto, 40% dos médicos ressaltaram a amplitude do fator benéfico da religião, que abrange, favorável e igualmente, o curso de todas as doenças, não sendo exclusivo da insuficiência renal

crônica. Entre os pacientes, 90% veem na religião um fator de esperança de cura e boa evolução da doença. Acreditam que Deus está acima de suas enfermidades e que, ao depositar nele sua confiança, há maiores perspectivas de cura.

Discussão

Observou-se que, para os médicos clínicos, o conceito de saúde vai além da dimensão física do paciente, atingindo o aspecto psicológico, no qual se inclui a religião, tida por eles como altamente relevante. Alguns fragmentos das entrevistas explicitam bem esse fato: *“A nossa estabilidade necessita de um tripé: parte emocional, espiritual e física. Se uma dessas se encontra mal, acaba se refletindo na outra, e nos desestabilizamos emocionalmente, o que vale para a doença renal crônica”*. A representação é coerente também com a tendência encontrada em trabalhos recentes^{28,29} que enfatizam a necessidade de considerar a dimensão cultural e os aspectos psicossociais como determinantes dos comportamentos individuais e grupais na clínica, os quais podem facilitar o enfrentamento da doença, a adesão ao tratamento e a busca de melhor qualidade de vida³⁰.

A ideia de admitir e estimular a religiosidade como forma de encorajar o paciente a lidar com sua doença e suas consequências cotidianas, bem como de resguardar uma dimensão de seus direitos humanos, é compatível também com a perspectiva de saúde adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a define não apenas como ausência de doenças, mas como estado do mais completo bem-estar físico, mental e social³¹.

Os termos “fé”, “religião” e “espiritualidade” são frequentemente utilizados como sinônimos, mas seus significados não são os mesmos³². Neste estudo, foi possível observar que, entre os médicos entrevistados, há consciência dessa distinção, já que metade deles alegou que a fé – sim – tem importância, ao contrário da religião. A espiritualidade e a religião podem fortalecer a família, ao contribuir para a formação de suas crenças e valores, incentivar comportamentos e práticas saudáveis, estimular interações sociais, promover recreação e ajudar no enfrentamento de crises e transições da vida²². Verificou-se que ambos os grupos de participantes, médicos e pacientes, concordam com essa ideia, manifestando sua confiança no potencial da religião e da espiritualidade para ajudar pessoas, na medida em que proporcionam, a elas e sua família, formas de lidar com a doença no dia a dia. Para os

pacientes, acreditar que podem contar com forças espirituais traz sentimentos de conforto.

Em decorrência, o estímulo à religião e à espiritualidade tem sido uma das estratégias adotadas por profissionais de saúde no enfrentamento de doenças terminais³³. Nesta pesquisa, ficou patente o reconhecimento desse potencial por parte de 60% dos médicos entrevistados, ao alegarem que a religião representa força e conforto para os pacientes, facilitando a aceitação da doença e as limitações que ela impõe. Quanto aos pacientes em hemodiálise, pesquisas mostram que, entre eles, os adeptos de uma crença religiosa têm maior qualidade de vida, sobrevida, satisfação com a vida e com o cuidado médico, adesão ao tratamento, capacidade de trabalhar e enfrentar os sintomas da doença renal, quando comparados aos pacientes não religiosos³⁴. Entre os entrevistados, 70% relatam que a religião significa “tudo” em suas vidas, o que pode ser evidenciado neste trecho: *“Deus é muito bom pra gente, sabe. Eu sou religiosa faz 20 anos, estou muito contente, feliz”* (Paciente 7).

Em 2006, realizou-se um estudo de revisão sistemática da literatura, incluindo artigos sobre a perspectiva espiritual de pacientes adultos com doenças terminais, elaborados durante quarenta anos, desde 1966³⁵. Com base em uma amostra de 11 artigos, representando coletivamente os dados de 217 adultos, o estudo concluiu que o sentimento de alienação é importante aspecto do sofrimento espiritual. A “sensação de vazio espiritual” é descrita como característica definidora secundária³⁶. Entre os pacientes entrevistados no presente trabalho, não se verificou tal sensação de vazio espiritual, com exceção de um único que não soube responder. Pelo contrário, a maioria foi enfática ao se manifestar sobre o quanto a religião é significativa em suas vidas.

Como já foi exposto por Borges, o início da hemodiálise representa um momento crítico para a maioria dos pacientes que se defrontam com a irreversibilidade da doença e, de certa forma, com a impossibilidade de cura por meio da medicina oficial³⁷. Nesse sentido, Loyola afirma que a doença que o médico não cura pode ser interpretada como doença de fundo espiritual e, portanto, pode ser tratada nesse campo, já que a causa, por ultrapassar a competência médica, estaria no campo da religião³⁸. É exatamente essa mesma ideia que 90% dos pacientes deste estudo, quando indagados sobre a importância da religião no tratamento da doença renal crônica, manifestaram ao responder: *“esperança de que vou melhorar”*. Isso demonstra claramente a relevância da espiritualidade e da religião no curso

dessa doença, na medida em que são acumuladoras de esperança, tornando mais digna e confortável a vida de cada paciente.

Considerações finais

O significado particular da religião foi divergente, quer entre os médicos, quer entre os pacientes, uma vez que alguns a veem como primordial em

suas vidas, enquanto outros consideram apenas a fé em Deus. Entretanto, ambos os grupos concordaram, majoritariamente, quanto à relevância da religião no tratamento da doença renal crônica. O estudo indica que, entre o grupo estudado, ela é de fato considerada – quer pelos médicos, quer pelos pacientes – elemento significativo e relevante na evolução da doença renal crônica, haja vista sua capacidade de trazer conforto, apoio, força e esperança de melhoria na vida dos portadores.

Referências

1. Sesso R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção [documento]. [Internet]. São Paulo: Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; [s/d.] [acesso 24 ago 2015]. Disponível: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/irc_prevprof.pdf
2. Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol*. 2010;32(1):128-32.
3. Ramos IC, Queiroz MV, Jorge MS, Santos ML. Portador de IRC em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Sci Health Sci*. 2008;30(1):73-9.
4. Dyniewicz AM, Zanella E, Kobus LSG. Narrativa de uma paciente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2004 [acesso 24 ago 2015];6(2):199-212. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/816/940>
5. Sisdelli S. Diálise: vida nova ou nova vida? São Paulo: O Mercado Criação Contemporânea; 2007.
6. Silva A. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev. Bras Enferm*. [Internet]. 2011 [acesso 12 jul 2015];64(5):839-44. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>
7. Davison SN, Jhangri GS. Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40(6):838-43.
8. Kirby SE, Coleman PG, Daley D. Spirituality and well-being in frail and non frail older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004;59(3):P123-9.
9. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull*. 2003;129(4):614-36.
10. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2003;160(3):496-503.
11. Almeida AM, Lotufo Neto F. Religião e comportamento suicida. In: Meleiro AM, Teng CT, Wang YP, organizadores. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 53-60.
12. Floriano PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(3):62-170.
13. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002;24(1):49-58.
14. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiq Clín*. 2007;34(Supl1):105-15.
15. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronic illness: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):116-7.
16. Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R, Guralnik J. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *Am J Epidemiol*. 1987;126(4):714-23.
17. Oman D, Reed D. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *Am J Public Health*. 1998;88(10):1469-75.
18. Koenig HG, Larson DB, Hays JC, McCullough ME, George LK, Branch PS *et al*. Religion and survival of 1,010 male veterans hospitalized with medical illness. *J Relig Health*. 1998;37(1):15-29.
19. Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults. *Int J Psychiatry Med*. 1997;27(3):233-50.
20. Finkelstein FO, West W, Gobin J, Finkelstein SH, Wuerth D. Spirituality, quality of life and the dialysis patient [editorial comment]. *Nephrol Dial Transplant*. 2007;22(9):2432-4.
21. Song M-K, Hanson LC. Relationships between psychosocial-spiritual well-being and end-of-life preferences and values in African-American dialysis patients. *J Pain Symptom Manage*. 2009 [acesso 25 ago 2015];38(3):372-80. Disponível: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(09\)00303-0/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(09)00303-0/pdf)

22. Warner-Robbins CG, Bomar PJ. Family spirituality and religion: foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Bomar PJ, editor. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3ª ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 187-221.
23. Tanyi RA, Werner JS, Recine AC, Sperstad RA. Perceptions of incorporating spirituality into their care: a phenomenological study of female patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2006;33(5):532-8.
24. Chaves ECL, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialistas. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2010 [acesso 17 dez 2010];23(2):264-70. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200018>
25. Centenaro GA. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2010 [acesso 12 jul 2015]; 15(Supl1):1881-5. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700102>
26. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
27. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
28. Alves JS, Selli L. Cuidado espiritual ao paciente terminal: uma abordagem a partir da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*. 2007;3(1):65-85.
29. Salles AA. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014;22(3):397-406.
30. Koenig HG, George LK, Tito P. Religion, spirituality and health ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2004;53(4):554-62.
31. Organización Mundial de la Salud. Actas oficiales de la OMS, nº 2. Ginebra: OMS; 1997. p. 100.
32. McSherry W, Phil M, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs*. 2004;13(8):934-41.
33. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):100-6.
34. Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):546-51.
35. Williams AL. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliat Support Care*. 2006;4(4):407-17.
36. Carpenito-Moyet LJ. Compreensão do processo de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2007.
37. Borges ZN. A construção social da doença: um estudo das representações sobre o transplante renal. In: Leal OF, organizadora. Corpo e significado: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Editora UFRGS; 1995.
38. Loyola MA. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel; 1984.

Participação dos autores

Eli Ávila Souza Júnior e Diego Da Silva Vanoni Trombini participaram da elaboração do projeto de pesquisa, de seu desenvolvimento e da redação do texto; Augusto Castelli Von Atzingen participou como orientador dessas etapas e Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça participou como coorientadora.

Recebido: 12.2.2015

Revisado: 14.8.2015

Aprovado: 18.8.2015