

**Universidade Federal de Juiz de Fora  
Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde – NUPES  
Programa de Pós-Graduação em Saúde**

**Janaína Siqueira Rodrigues Martins Tostes**

**Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes renais crônicos em  
hemodiálise: estudo longitudinal**

**Juiz de Fora  
2018**

**Janaína Siqueira Rodrigues Martins Tostes**

**Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo longitudinal**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora para obtenção do título de Doutor em Saúde, Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida

Coorientadora: Profa. Dra. Natália Maria da Silva Fernandes

**Juiz de Fora**

**2018**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Tostes, Janaína Siqueira Rodrigues Martins .  
Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes renais crônicos em hemodiálise : estudo longitudinal / Janaína Siqueira Rodrigues Martins Tostes. -- 2018.

115 f. : il.

Orientador: Alexander Moreira de Almeida  
Coorientadora: Natália Maria da Silva Fernandes  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2018.

1. Doença Renal Crônica. 2. Hemodiálise. 3. Religião. 4. Espiritualidade. 5. Qualidade de vida. I. Almeida, Alexander Moreira de, orient. II. Fernandes, Natália Maria da Silva, coorient. III. Título.

**JANAÍNA SIQUEIRA RODRIGUES MARTINS TOSTES**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E  
FELICIDADE EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE:  
ESTUDO LONGITUDINAL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde – área de Concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde.

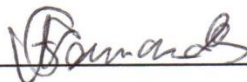
Aprovado em: 13/09/2018

**BANCA EXAMINADORA**



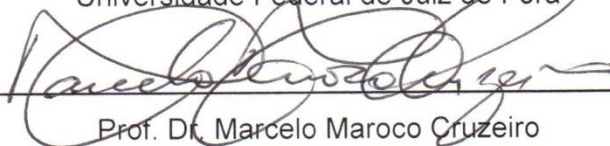
---

Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida – Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Profa. Dra. Natália Maria da Silva Fernandes - Coorientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Prof. Dr. Marcelo Maroco Cruzeiro  
Universidade Federal de Juiz de Fora

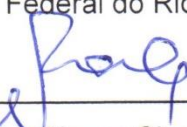


---

Profa. Dra. Márcia Helena Fávero de Souza Tostes  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Sílvia Helena Koller  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



---

Profa. Dra. Neusa Sica da Rocha  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Dedico este trabalho ao meu amigo, Dr. André Stroppa, que foi o primeiro psiquiatra que há 18 anos atrás compartilhou seu conhecimento da Terapia Cognitivo-Comportamental com uma menina recém-formada dos “pés de pano”. Anos depois, tive o privilégio de tê-lo como meu “colega de classe” e pudemos dar boas risadas e dividir as angústias de um doutorando.*

*Como ele mesmo disse ...*

*“E no meio de um poeirão doido, com coice para todo lado, pegamos o boi pelo chifre e terminamos juntos, conforme acordado um dia.”*

## **AGRADECIMENTOS**

Pausar o tempo para pensar na vida é algo mágico. Olhar para cada cantinho, cada detalhe, cada sopro de vida e ter a completa certeza de que você foi agraciada por tudo que de melhor pode existir no mundo é algo surpreendente.

Após um longo trabalho sinto a sensação de dever cumprido. Sensação arrebatada de muita emoção. Sinto que vale a pena viver e fazer. Onde o sinônimo de ambição não é ganância, onde repartir, construir, dividir, somar é, na verdade, multiplicar. Agradeço o apoio dado por pessoas tão especiais.

Meus pais. Fonte de integridade, amor, amparo, carinho e dedicação. Com eles aprendi que a honestidade, respeito ao próximo, esforço, empenho e dedicação fazem parte de uma vida virtuosa. O sorriso orgulhoso de vocês demonstra que consegui retribuir de alguma maneira tudo o que fizeram por mim.

À minha querida vó Luiza. Muitos de seus ensinamentos foram fundamentais em minha vida profissional. Com ela aprendi a ter alegria, entusiasmo, sorriso largo, perseverança, coragem, determinação e uma saudade que não cabe no peito.

Meus tesouros, meus irmãos. Vocês são o meu complemento, minha extensão, minha certeza de que nós três somos um. A torcida e o incentivo de sempre me ajudam na caminhada.

Não posso deixar de falar de minhas amigas-irmãs: Dani Andraus, Dani Pifano, Mundica, Nanda, Gigi e Silvinha. Com elas dividi minha infância, adolescência e as lamentações da vida da mulher moderna: casa, filhos, trabalho e estudo. Vocês fazem eu não esquecer quem sou quando estou imersa neste mundão de tarefas. Perto de vocês sinto-me leve, menina, livre e reabastecida. Obrigada por todo o carinho e ouvidos.

Agradeço de coração ter tido a oportunidade de aprender muito com meu querido orientador, Alexander. Pessoa ímpar neste mundo. Em todos estes anos eu pude assistir de perto o que é o verdadeiro sentido da palavra “vocação”. Obrigada por cada ensinamento, cada desafio dado, por compartilhar conosco seu sonho e fazer com que fosse o nosso também. Muito obrigada pela confiança a mim depositada, isso me enche de mais responsabilidade.

À minha coorientadora Natália. Disponibilidade, bondade, delicadeza e sorriso figuram essa pessoa. Obrigada por todo o apoio, boa vontade, ajuda e orientação. Quantas vezes neste tempo todo abriu as portas do seu coração e, literalmente, de sua casa para me receber. Sua ajuda foi fundamental para a condução e elaboração deste trabalho.

Ao NUPES, além de ter me trazido muita aprendizagem, trouxe grandes amigos e divertidos “causos”. Cristiane, minha querida “cumadre” e amiga, que nos deu sua querida filha Luiza para apadrinhar e o Tiago para fazer parte de nossos dias. André Stroppa, Alexandre Rezende e Alessandra Mainieri por nossas boas risadas e ajuda mútua que estenderam os muros da UFJF.

Aos colegas do NUPES e da Ágape que sempre me incentivaram. Vocês contribuíram muitíssimo.

Ajuda paciente, zelosa e dedicada do estatístico Prof. Dr. Alexandre Zanine, que com toda sua competência ajudou na orientação estatística. Você foi imprescindível neste trabalho.

Ao PPGS por toda ajuda e disponibilidade. Ao CNPq, pela concessão da bolsa de estudos. Aos queridos entrevistadores que participaram da coleta de dados.

Finalmente, agradeço à metade da minha laranja, à tampa da minha panela, à minha melhor escolha: meu marido, Márcio. Além de ser um grande incentivador e exemplo de estudo, me deu a tranquilidade de ver nossos três tesouros, Rogério, Lavínia e Milena, serem cuidados e amparados de maneira completa, mesmo

quando por muitas vezes, tive de me ausentar. Nossa família é a minha fonte de energia, meu motivo de seguir em frente, sempre dando o “melhor possível.”

A Deus, meu muito obrigada. Que eu possa aproveitar todas as dádivas recebidas para ser um instrumento de vossa paz. Que eu possa levar seus ensinamentos para todos as vidas que acompanho, aos alunos que oriento, aos amigos que trabalho e às pessoas que convivo.



## RESUMO

Com o aumento da sobrevida do paciente com doença renal crônica, tem-se reconhecido a importância de aprimorar a qualidade desta sobrevida. Religiosidade/espiritualidade tem se mostrado associada a melhores níveis de saúde física e mental, mas ainda há uma carência de estudos entre religiosidade/espiritualidade e doença renal crônica, bem como sobre os mediadores desta associação entre religiosidade/espiritualidade e indicadores de saúde e bem-estar. O objetivo deste trabalho é investigar a associação entre níveis de religiosidade/espiritualidade e *Felicidade* em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e o papel do senso de coerência como possível mediador. Trata-se de um estudo observacional longitudinal (coorte) com um ano de seguimento realizado em dois centros de terapia renal substitutiva na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, com 161 pacientes adultos em hemodiálise. Foram utilizadas análises de regressão linear tanto no Tempo 1 (início do estudo - T1) quanto no Tempo 2 (após um ano de seguimento - T2), para associação entre religiosidade/espiritualidade e *Felicidade*, com e sem mediação do senso de coerência. Teste t para as amostras pareadas para investigar mudanças na religiosidade/espiritualidade e na *Felicidade* entre T1 e T2. Ajustes para dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais foram realizados. Considerou-se religiosa 91,2% da amostra. Nenhuma variável clínica ou sociodemográfica se correlacionou com *Felicidade*. No T1, religiosidade intrínseca se associou com maiores níveis de *Felicidade* ( $\beta = 0,47$ ; 95% CI 0,17 – 0,77). Quando controlamos para senso de coerência, que se mostrou ser um mediador parcial, a associação entre a religiosidade intrínseca e *Felicidade* diminuiu, mas permaneceu significativa ( $\beta = 0,32$ ; 95% CI 0,06 – 0,6). Senso de coerência teve impacto significativamente estatístico na *Felicidade* no T1 e T2. Entre T1 e T2 houve aumento estatisticamente significativo da religiosidade intrínseca (12,8 versus 13,7) e *Felicidade* (19,4 versus 20,3). Na análise transversal em T1, embora as variáveis clínicas e sociodemográficas não apresentarem correlação com *Felicidade* dos pacientes em hemodiálise, a religiosidade/espiritualidade se associou a maiores níveis de *Felicidade* tendo o senso de coerência como mediador parcial dessa relação. Ao longo de um ano de seguimento, embora os pacientes tenham aumentado seus níveis de religiosidade intrínseca e de *Felicidade*, religiosidade/espiritualidade em T1 não

predisse *Felicidade* em T2. Fatores como religiosidade/espiritualidade e senso de coerência mostraram-se relevantes para o bem-estar de pacientes em hemodiálise, tendo implicações para a melhor avaliação e tratamento desses pacientes.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Hemodiálise. Religião. Espiritualidade. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

With the increase of survival of patients with chronic kidney disease, it has been recognized the importance of improving the quality of this survival. Religiosity / spirituality has been associated with a better state of physical and mental health, but there is still a lack of studies between religiosity / spirituality and chronic kidney disease, as well as on the mediators the association between religiosity / spirituality and indicators of health and well-being. The objective of this study is to investigate an association between levels of religiosity / spirituality and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and the role of the sense of coherence as a possible mediator. This is a longitudinal observational study (cohort) with one year follow-up in two renal replacement therapy centers in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, with 161 adult hemodialysis patients. Linear metabolism with linear regression at time 1 (at the beginning of the study - T1), regarding time 2, for the association between religiosity / spirituality and happiness, without the mediation of the sense of coherence. Test for paired samples to investigate changes in religiosity / spirituality and happiness between T1 and T2. Adjustments for sociodemographic, clinical and laboratory data were performed. 91.2% of the sample was considered religious. Any clinical or sociodemographic changes correlated with happiness. Not T1, intrinsic religiosity was associated with higher values of happiness ( $\beta = 0.47$ , 95% CI 0.17 - 0.77). When we controlled the sense of coherence, which proved to be a partial mediator, the difference between religiosity and happiness decreased, but remained significant ( $\beta = 0.32$ , 95% CI 0.06 - 0.6). Sense of light, resistance, impact, statistical happiness on T1 and T2. Between T1 and T2, there were statistically significant increases in intrinsic religiosity (12.8 versus 13.7) and happiness (19.4 versus 20.3). Transverse analysis in T1, although the clinical and social variables no longer present with the happiness of patients on hemodialysis, a religiosity / spirituality associated to a higher level of happiness with the sense of coherence as mediator. Throughout a year of follow-up, the elderly mated independently, in an intrinsic way and happiness, the religiosity / spirituality in T1 did not predict happiness in T2. Factors such as religiosity / spirituality and sense of coherence were relevant to the patient's well being on hemodialysis, and were implicated in the best evaluation and treatment of patients.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Hemodialysis. Religion. Spirituality. Quality of life.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil, por região, 2013-2016.....	21
Figura 2 –	Estado civil e felicidade ao longo do tempo.....	32
Figura 3 –	Pontos comuns entre religiosidade e senso de coerência.....	78

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diferenças entre o paradigma patogênico e o paradigma salutogênico .....	42
Quadro 2 – Conceito chave para o processo salutogênico por Antonovsky (1987).....	43
Quadro 3 – Senso de coerência.....	44
Quadro 4 – Recursos gerais de resistência por Antonovsky (1987) .....	45
Quadro 5 – Categorias e descrição dos recursos gerais de resistência .....	46
Quadro 6 – Análise das variáveis dependentes e explicativas .....	58
Quadro 7 – Grupos de análise para T1 .....	59
Quadro 8 – Análise multivariada – estrutura dos modelos de regressão linear – sem mediação pelo senso de coerência; análises 1 a 4.....	60
Quadro 9 – Grupos de análise 1 a 4 para T2 .....	61
Quadro 10 – Análise multivariada – estrutura dos modelos de regressão linear – com mediação pelo senso de coerência; análises 5 a 8.....	62
Quadro 11 – Grupos de análise 5 a 8 para T2 .....	63
Quadro 12 – Análise multivariada – estrutura dos modelos de regressão linear – sem e com mediação pelo senso de coerência; análises 9 e 10 .....	64
Quadro 13 – Grupos de análise 9 e 10 para T2 .....	64

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estadiamento da doença renal crônica proposto pelo <i>Kidney Disease Outcomes Quality Initiative</i> e atualizado pelo <i>National Collaborating Centre for Chronic Condition</i> .....	20
Tabela 2 – Lista original oferecida pelos serviços de hemodiálise da pesquisa ....	51
Tabela 3 – Características demográficas, religiosidade, senso de coerência e felicidade (N = 161) .....	66
Tabela 4 – Resumo das análises .....	68
Tabela 5 – Motivos das perdas .....	69
Tabela 6 – Comparação T1 e T2. Teste t para amostras pareadas .....	69
Tabela 7 – Resumo das análises – sem a mediação do senso de coerência.....	70
Tabela 8 – Resumo das análises – sem e com a mediação do senso de coerência .....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BES	Bem-estar Subjetivo
CI	Confidence Interval (Intervalo de Confiança)
CRE	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual
DP	Desvio Padrão
DPe	Diálise Peritonial
DRC	Doença Renal Crônica
EFS	Escala de Felicidade Subjetiva
ELSA	Estudo Longitudinal Inglês do Envelhecimento
Hb (g/dl)	Hemoglobina (g/dL)
HD	Hemodiálise
HU-UFJF	Hospital Universitário/Universidade Federal de Juiz de Fora
IRC	Insuficiência Renal Crônica
Kt/V	Índice de Adequação em Diálise
N.S./N.R.	Não sabe/não respondeu
pmp	por milhão da população
PTHi	Hormônio paratormônio (pg/mL)
QV	Qualidade de Vida
R/E	Religiosidade/Espiritualidade
RI	Religiosidade Intrínseca
RO	Religiosidade Organizacional
RP	Religiosidade Privada
SC	Senso de Coerência
SHS	Subjective Happiness Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
T1	Tempo 1 (início do estudo)
T2	Tempo 2 (após 1 ano de seguimento)
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2</b>	<b>DOENÇA RENAL CRÔNICA</b> .....	20
2.1	DEFINIÇÃO .....	20
2.2	EPIDEMIOLOGIA .....	21
2.3	IMPACTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA E SUA TERAPÊUTICA.....	22
<b>3</b>	<b>FELICIDADE</b> .....	25
3.1	CONCEITO DE FELICIDADE.....	27
3.2	BENEFÍCIOS E MITOS DA FELICIDADE.....	29
3.3	AUMENTO DA FELICIDADE E SEUS PREDITORES.....	30
<b>4</b>	<b>RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE</b> .....	35
4.1	RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO MEIO CIENTÍFICO.....	35
4.2	CONCEITO .....	35
<b>4.2.1</b>	<b>Religiosidade/espiritualidade e marcadores de saúde física e mental</b> .....	38
<b>5</b>	<b>SENSO DE COERÊNCIA</b> .....	41
5.1	SALUTOGÊNESE: UM NOVO PARADIGMA DE SAÚDE .....	41
5.2	SENSO DE COERÊNCIA.....	43
<b>5.2.1</b>	<b>Recursos gerais de resistência</b> .....	45
<b>6</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	49
6.1	OBJETIVO GERAL.....	49
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	49
<b>7</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	50
7.1	TIPO DE ESTUDO E PERÍODO.....	50
7.2	POPULAÇÃO E LOCAL .....	50
7.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	51
7.4	COMITÊ DE ÉTICA .....	51
7.5	PROCEDIMENTO .....	52
<b>7.5.1</b>	<b>Primeira etapa: tempo 1 (T1)</b> .....	52
7.5.1.1	Seleção dos Indivíduos.....	52
7.5.1.2	Início da coleta de dados.....	52
<b>7.5.2</b>	<b>Segunda etapa: tempo 2 (T2)</b> .....	53

7.6	INSTRUMENTOS.....	54
<b>7.6.1</b>	<b>Medidas.....</b>	<b>54</b>
7.6.1.1	Dados sociodemográficos .....	54
7.6.1.2	Dados clínicos e laboratoriais.....	54
7.6.1.3	Religiosidade.....	55
7.6.1.4	Senso de coerência.....	56
7.6.1.5	Felicidade.....	56
<b>7.6.2</b>	<b>Tempo 1 .....</b>	<b>56</b>
<b>7.6.3</b>	<b>Tempo 2 .....</b>	<b>57</b>
7.7	MÉTODOS ESTATÍSTICOS.....	57
<b>7.7.1</b>	<b>Tempo 1 .....</b>	<b>57</b>
<b>7.7.2</b>	<b>Tempo 2 .....</b>	<b>59</b>
<b>8</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
8.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA AMOSTRA.....	65
8.2	TEMPO 1: ANÁLISE MULTIVARIADA, REGRESSÃO LINEAR EM VÁRIAS ETAPAS, COM E SEM MEDIAÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA .....	67
8.3	TEMPO 2.....	68
8.4	PERFIL E EVOLUÇÃO DA RELIGIOSIDADE E FELICIDADE .....	69
8.5	TEMPO 2: ANÁLISE MULTIVARIADA – REGRESSÃO LINEAR EM VÁRIAS ETAPAS, SEM MEDIAÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA .....	70
8.6	ANÁLISE MULTIVARIADA: REGRESSÃO LINEAR EM VÁRIAS ETAPAS, SEM MEDIAÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA .....	71
<b>9</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>72</b>
9.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	72
9.2	PREDITORES DE FELICIDADE .....	74
9.3	MECANISMOS DO IMPACTO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE SOBRE A FELICIDADE .....	76
9.4	INTERVENÇÕES NOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	79
<b>10</b>	<b>LIMITAÇÕES .....</b>	<b>82</b>
<b>11</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>

<b>APÊNDICES</b> .....	99
<b>ANEXOS</b> .....	102

## 1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma condição clínica complexa, que leva a uma perda progressiva e irreversível das funções renais. É um problema de saúde de crescente importância que afeta de maneira importante a vida dos pacientes e de seus familiares, além de consumir uma parte considerável dos recursos destinados à saúde. Devido ao envelhecimento da população, associado ao aumento da prevalência de hipertensão e diabetes, prevê-se um acréscimo considerável desses valores desembolsados (SESSO et al., 2010).

Excetuando-se o transplante, os tratamentos disponíveis para essa doença proporcionam apenas a substituição parcial da função renal. O processo do tratamento é frequentemente uma vivência difícil, pois modifica os hábitos alimentares, a autonomia e a vida social e familiar do indivíduo (KIMMEL; PETERSON, 2006). Ao tratamento da DRC, além do controle dos sintomas, indicadores bioquímicos e aumento da sobrevida, tem-se reconhecido a importância da melhoria na qualidade desta sobrevida, buscando-se fatores ligados à *Felicidade* e bem-estar. Neste estudo, tomaremos os termos *Felicidade* e *bem-estar* como sinônimos, pois não há um consenso sobre a melhor definição a ser aplicada.

Cientificamente, o constructo *Felicidade* tornou-se alvo de pesquisas principalmente após a década de 90, quando a psicologia e a psiquiatria passaram a focar nos aspectos positivos do ser humano e na promoção do bem-estar e da saúde (CLONINGER, 2006; SELIGMAN, 2002). Pessoas felizes tendem a ser mais bem-sucedidas em vários domínios de vida, incluindo saúde física e mental, maior bem-estar, relacionamentos íntimos, renda, emprego e desenvolvimento acadêmico (CLONINGER, 2006; LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2000), mas a busca por identificar os fatores que geram a *Felicidade* permanece desafiadora.

Um crescente número de estudos destaca que níveis mais elevados de envolvimento religioso tendem a estar associados com a *Felicidade*, o maior bem-estar e a melhor saúde física (KOENIG; KING; CARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006) e com menores taxas de depressão e o uso/abuso de substâncias (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006), além de auxiliarem na melhor adaptação a doenças crônicas (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO LUCCHETTI, 2010). Religiosidade/espiritualidade (R/E) também têm se

mostrado um fator determinante da qualidade de vida (QV) em pacientes com DRC (FINKELSTEIN et al., 2007; KIMMEL et al., 2003; LUCCHETTI et al., 2012), tornando-se importante verificar a relação entre R/E nos pacientes em hemodiálise.

Existem diferentes definições para R/E: adotaremos que *espiritualidade* é a relação com o sagrado, o transcendente (Deus, poder superior), que pode ou não levar ao desenvolvimento de uma religião. *Religiosidade* seria o quanto o indivíduo acredita, segue e/ou pratica uma religião (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Embora esteja bem estabelecido que R/E impacta a saúde e o bem-estar, geralmente de modo positivo, podendo ser também de modo negativo, uma das grandes lacunas atuais tem sido buscar quais são os mecanismos que medeiam tal associação (KOENIG; KING; CARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA, 2013). Entre os mais citados estão: o maior suporte social, os comportamentos saudáveis e as estratégias de *coping* (KOENIG; KING; CARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Entretanto, estes mediadores têm gerado resultados inconsistentes (CORRÊA et al., 2011; GEORGE; ELLISON; LARSON, 2002). Um possível mecanismo ainda pouco explorado seriam os mediadores da saúde positiva. Propomos que um possível mecanismo seja o Senso de Coerência (SC), que pode aumentar os níveis de R/E, trazendo um impacto positivo na saúde.

O SC advém da teoria Salutogênica, que investiga os fatores que permitem a manutenção da saúde apesar de situações adversas, onde o indivíduo pode aplicar recursos internos e externos para lidar com situações adversas. Divide-se em três componentes: (1) Compreensão: percepção pelo indivíduo de que os estímulos externos ou internos ao longo da vida são estruturados, previsíveis e explicáveis; (2) Gestão: percepção de que os recursos para lidar com as necessidades colocadas por esses estímulos estão disponíveis; e (3) Significado: essas necessidades são desafios sobre os quais vale a pena investir e se engajar (ANTONOVSKY, 1990).

Um grande número de estudos mostrou associação positiva entre SC e melhores indicadores de saúde positiva e inversas com marcadores de doenças físicas e mentais, em diversos tipos de população (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007; MITTELMARK et al., 2017). A identificação de fatores ligados a uma melhor adaptação à DRC é essencial na adequação de melhores abordagens terapêuticas visando o aumento da sobrevida e da sua qualidade.

## 2 DOENÇA RENAL CRÔNICA

### 2.1 DEFINIÇÃO

A DRC é definida por lesão renal caracterizada por alterações estruturais ou funcionais dos rins, com ou sem redução da taxa de filtração glomerular (TFG), manifestadas por alterações patológicas ou indícios de lesão renal em exames de sangue, de urina ou de imagens. Essa doença leva a uma perda progressiva e irreversível das funções renais e, em estágio mais avançado, os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente. A hipertensão arterial, o *diabetes mellitus* e a história familiar de DRC são alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento do quadro (ROMÃO JÚNIOR, 2004).

A evolução da doença é classificada em estágios baseados na TFG e nos índices de proteinúria, para identificação dos desfechos adversos (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). A Tabela 1 expõe os critérios diagnósticos da DRC, de acordo com Bastos e Kirsztajn (2011).

Tabela 1 – Estadiamento da doença renal crônica proposto pelo *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* e atualizado pelo *National Collaborating Centre for Chronic Condition*

Estágios da doença renal crônica	Taxa de filtração glomerular*	Proteinúria
1	≥ 90	Presente
2	60-89	Presente
3A	45-59	Presente ou ausente
3B	30-44	Presente ou ausente
4	15-29	Presente ou ausente
5	<15	Presente ou ausente

Nota: \* mL/min/1,73m<sup>2</sup>

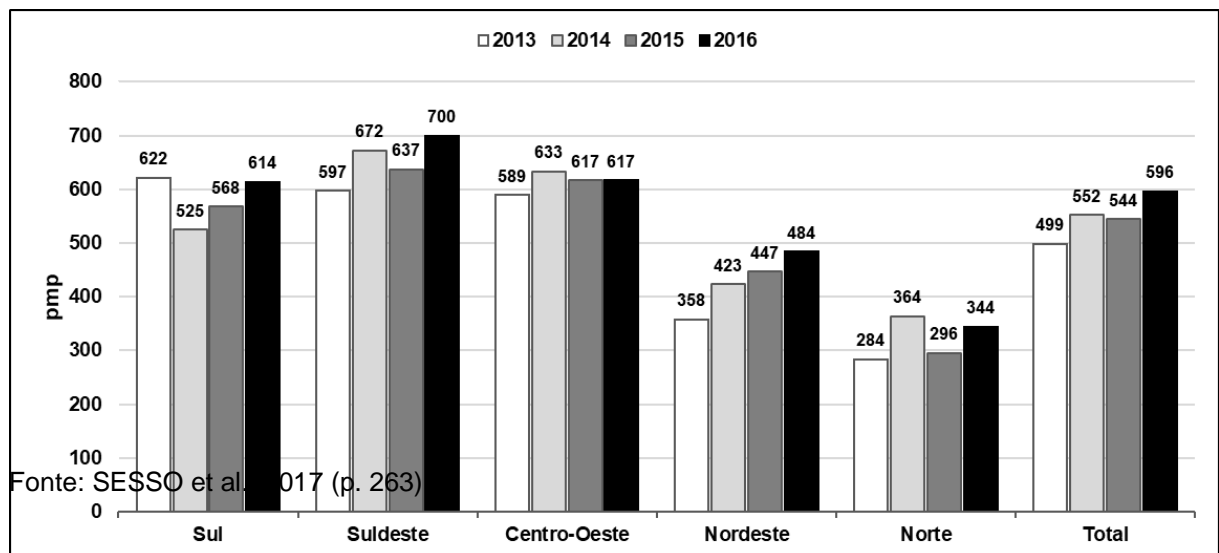
Fonte: BASTOS; KIRSZTAJN, 2011

## 2.2 EPIDEMIOLOGIA

A Sociedade Brasileira de Nefrologia coleta, anualmente, dados nacionais de todos os pacientes em diálise e publica um relatório com estas informações. O Censo Brasileiro de Diálise de 2009 revelou que o número de pacientes em diálise era de 77.589. A taxa de prevalência de tratamento dialítico foi 405 pacientes por milhão da população (pmp). A taxa de incidência foi de 144 pacientes pmp, um número de 27.612 novos pacientes em diálise em 2009 (SESSO et al., 2010).

O último censo publicado em 2017 se refere aos dados do ano de 2016. A partir destes dados foi estimado em 122.225 o número de pacientes em diálise em todo o país (SESSO et al., 2017), conforme indicado na Figura 1. Estes dados, comparados com os anos anteriores (2013 a 2016) mostraram um aumento de 5% no número absoluto de pacientes em tratamento.

Figura 1 – Prevalência estimada de pacientes em diálise no Brasil, por região, 2013-2016



É necessário ressaltar que as taxas no Brasil correspondem a quatro vezes menos que as dos Estados Unidos da América (EUA) e do Japão, e à metade das taxas da Itália, França e Alemanha, em decorrência do menor número de diagnóstico da insuficiência renal crônica (IRC) e da menor disponibilidade de tratamento renal substitutivo no nosso meio (SESSO et al., 2007).

Em 2009, havia 77.589 pacientes fazendo diálise dos quais 87% financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os 13% restantes, por convênios, totalizando o valor de R\$ 1,7 bilhão gastos nesse ano. O valor mínimo dos insumos utilizados no procedimento hemodialítico gira em torno de 100 dólares/sessão sendo que cada paciente necessita de três sessões semanais, o que torna o tratamento extremamente dispendioso (SESSO et al., 2010).

No último censo (SESSO et al., 2017) as estimativas nacionais das taxas de prevalência e de incidência de pacientes em tratamento dialítico pmp foram 596 (variação: 344 na região norte e 700 na região sudeste) e 193, respectivamente. E ainda: a taxa de incidência de nefropatia diabética na população em diálise crônica foi de 79 pmp; a taxa anual de mortalidade bruta foi de 18,2%; dos pacientes prevalentes, 92% estavam em hemodiálise e 8% em diálise peritoneal; e 29.268 (24%) estavam em fila de espera para transplante. O cateter venoso era usado como acesso em 20,5% dos pacientes em hemodiálise e as taxas de prevalência de sorologia positiva para hepatite B e C mostram tendência para redução em relação aos percentuais encontrados em 2013 (1,4% e 4,2%, respectivamente) para 2016 (0,7% e 3,7%, respectivamente). O número absoluto de pacientes e as taxas de incidência e prevalência em diálise continuam a aumentar de forma constante, a taxa de mortalidade ficou estável e existem discrepâncias regionais e estaduais evidentes nessas taxas (SESSO et al., 2017).

### 2.3 IMPACTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA E SUA TERAPÊUTICA

O tratamento adequado da DRC envolve o diagnóstico imediato, o encaminhamento precoce para a equipe especializada, a implementação de estratégias de retardo da progressão da doença e a detecção de causas reversíveis, a correção de complicações e comorbidades além do planejamento precoce da terapia renal substitutiva (TRS) (BASTOS et al., 2004; ROMÃO JÚNIOR, 2004).

Até o início dos anos 60, o tratamento da DRC era realizado apenas nos estágios avançados da doença e quase não se utilizavam as medidas de prevenção e retardo da progressão. Entretanto, a partir deste período, a especialidade médica *nefrologia* surgiu e estudos começaram a ganhar destaque no meio científico. A partir



do ano 2000, ficou evidente que a progressão da DRC poderia ser retardada ou até mesmo interrompida, utilizando-se para isso o acompanhamento interdisciplinar (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Dos pacientes com DRC, os que chegaram à fase 5 são os que demandam maiores cuidados especiais, pois o único recurso de sobrevivência é a diálise ou o transplante. Eles dependem de tecnologia avançada para sobreviver, pois o tratamento por hemodiálise compreende: terapia renal substitutiva, por meio da hemodiálise, tornando o paciente dependente da máquina de diálise e da equipe médica três vezes por semana (MOREIRA-ALMEIDA; MELEIRO, 2000); e a diálise peritoneal (DPe), realizada em casa pelo próprio paciente ou um cuidador por ser uma técnica mais simples que requer restrição hídrica e dietética mais branda, mas apresenta complicações comuns como a peritonite. Em longo prazo todas as formas de diálise podem levar a complicações (KIMMEL; PETERSON, 2005).

Ser portador de DRC impõe restrições que passam a fazer parte do seu dia-a-dia, levando o paciente renal crônico a ter de assimilar e elaborar o impacto do diagnóstico, os efeitos físicos do próprio tratamento, a vivência da doença em si e as consequentes repercussões psicológicas (FAYER, 2010). Além de ser uma doença incurável, que obriga o paciente a se submeter a um procedimento doloroso, podem decorrer o isolamento social, a perda de emprego, a dependência da Previdência Social, o afastamento dos amigos, as impossibilidades de passeios e viagens prolongadas (fruto da periodicidade das sessões de hemodiálise), a diminuição da atividade física, a disfunção sexual, além de poderem vir a apresentar complicações durante o tratamento (MARTINS; CESARINO, 2005). Por essas e outras alterações, pode-se assegurar que a vida destes pacientes sofrerá um expressivo impacto psicológico, influenciando, assim, sua saúde mental. A tomada de consciência de que a doença compreende um estado crônico faz emergir mudanças na maneira de perceber seu processo de existência. É muito frequente que essa situação seja permeada de fatores estressores capazes de causar transformações intensas na condição de vida do sujeito, na maneira de conduzir sua vida, sua saúde e sua interação com o mundo (DYNIEWICZ; ZANELLA; GONÇALVES-KOBUS, 2004).

Além de todas as mudanças físicas mencionadas e dos impactos diretos na vida do paciente e de seus familiares, são comuns alterações psicológicas como: mudanças na imagem corporal, sentimentos de angústia, estresse e ansiedade, do mesmo modo que modificações nos relacionamentos interpessoais e em atividades

laborais. O surgimento de transtornos mentais, somados à perda de QV, são fatores relevantes no percurso do tratamento e dos desfechos clínicos. Dessa forma, a saúde mental é um fator relevante na otimização do tratamento (MOREIRA-ALMEIDA, 2003).

Os distúrbios psiquiátricos nos pacientes com DRC têm sido objetivo de vários trabalhos. Em uma revisão, Moreira-Almeida e Meleiro (2000) demonstraram prevalência de quadros depressivos de 5% a 22%, dependendo dos critérios diagnósticos usados. Valle, Souza e Ribeiro (2013), em seus estudos, observaram que do total de 100 pacientes renais crônicos em hemodiálise avaliados, 71% encontravam-se com sintomas de estresse, dos quais 41% encontravam-se na fase de resistência e todos os pacientes apresentavam ansiedade nos níveis moderado (66%) a intenso (34%), caracterizando o grupo como altamente sujeito ao estresse e à ansiedade e, conseqüentemente, propenso ao desenvolvimento de transtornos mentais.

Nesse contexto atual de prevalência cada vez mais acentuada de comorbidades e pacientes em hemodiálise, encontra-se o papel da religião e da espiritualidade. Os pacientes que possuem doenças crônicas, e muitas vezes incuráveis, apegam-se à fé e ao ato religioso como forma de encontrar apoio e alívio para sua dor e, ainda, auxílio no enfrentamento dos revezes causados pela doença e pelo tratamento.

### 3 FELICIDADE

Além do controle dos sintomas, dos indicadores bioquímicos e do aumento da sobrevida, o reconhecimento da melhoria da qualidade desta sobrevida vem ganhando importância no tratamento da DRC, buscando-se fatores ligados à *Felicidade* e bem-estar. O estudo científico da *Felicidade* é foco de muitos questionamentos e sua definição bastante complexa. A edificação deste constructo foi desenvolvida por áreas como a filosofia (ARISTÓTELES, 2011), psicologia, psiquiatria e neurociências em geral (CLONINGER; ZOHAR, 2011).

Para a psiquiatria e a psicologia, a *Felicidade* também passou a ser um critério importante de pesquisa na saúde mental, onde foram encontrados diversos estudos com inúmeros benefícios tangíveis na melhoria da saúde física, no menor impacto de psicopatologias, em relacionamentos mais gratificantes e até mesmo em uma vida mais longa (LYUBOMIRSKY; KING; DIENER, 2005; MYERS; DIENER, 2018).

A partir de 1997, o presidente da APA (*American Psychological Association*), Martin E. P. Seligman e outros pesquisadores, iniciaram a divulgação de seus estudos em psicologia positiva nas diversas partes do mundo. A proposta era a modificação do foco na reparação dos aspectos negativos da vida, para a construção de qualidades positivas e virtudes. A realização das pesquisas, recebeu apoio de importantes agências de fomento como o *National Institute of Mental Health*, *National Science Foundation*, *Templeton Foundation*, *Robert Wood Johnson Foundation*, *Atlantic Philanthropies* e *MacArthur Foundation* (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000; SNYDER; LOPEZ, 2009).

Desde então, muitas mudanças aconteceram no movimento científico: a psicologia positiva esteve em franca expansão, conforme mostra a literatura (REPPOLD; GURGEL; SCHIAVON, 2015), observando o aumento do número de artigos e livros publicados sobre os aspectos positivos dos seres humanos. Tal afirmativa pode ser confirmada comparando-se a diferença na quantidade de publicações através de uma pesquisa no banco de dados PsycINFO. Ao utilizar a palavra-chave *happiness* limitada aos anos de 1900 a 2000 (100 anos), são encontradas 4.207 publicações; de 2001 a 2018 (apenas 17 anos), encontra-se 12.282, ou seja, quase o triplo da quantidade produzida nos 100 anos anteriores.

Na psiquiatria podemos destacar o pioneirismo de George Vaillante, Dan Blazer e Robert Cloniger, que debruçaram suas práticas clínicas e de investigação rigorosa dentro da construção da compreensão e melhoria do bem-estar (JESTE; PALMER, 2015). Assim, com o avançar dos estudos, cada vez mais buscou-se o conhecimento sobre como ajudar as pessoas a aumentar seus níveis de *Felicidade*, saúde mental positiva e prosperidade pessoal.

Em 2012, o presidente da American Psychiatric Association, Dilip Jeste, declarou acreditar que a missão, agora, era expandir a psiquiatria além dos sintomas das doenças mentais. O objetivo não era apenas melhorar a psicopatologia, mas ajudar os pacientes a crescer, florescer, desenvolver e estar mais satisfeitos com suas vidas (JESTE, 2012). Os conceitos de psiquiatria positiva são inspirados nos de psicologia positiva. Esses dois campos não são concorrentes, mas sim aliados, sobrepondo-se em seus conceitos e objetivos (JESTE; PALMER, 2015).

Existem muitas teorias existentes para explicar a *Felicidade*. Há aquelas baseadas em processos e atividades, segundo as quais a *Felicidade* é produzida quando nos envolvemos em certas atividades ou trabalhamos para um determinado objetivo. As teorias baseadas em disposições genéticas e de personalidade sugerem que a *Felicidade* pode ser uma característica de personalidade ou característica mais estável que a de origem genética. Finalmente, existem as teorias segundo as quais a *Felicidade* reside na redução do estresse através da satisfação de metas e necessidades (SNYDER; LOPEZ, 2009).

Em uma metanálise, Sin e Lyubomirsky (2009) avaliaram diversos estudos que incluíam intervenções, terapias ou atividades destinadas a aumentar sentimentos positivos, comportamentos positivos ou cognições positivas. Foram elegíveis 51 intervenções com 4.266 indivíduos e os resultados revelaram que as intervenções psicológicas positivas melhoram significativamente o bem-estar e redução de sintomas depressivos.

Dessa forma, as postulações discutidas neste estudo não são para atingir um conceito único de *Felicidade* ou defender uma teoria que a explique, mas favorecer o debate dos conceitos e suas interrelações, indicando os diversos caminhos que levam à *Felicidade*.

### 3.1 CONCEITO DE FELICIDADE

Embora o conceito de *Felicidade* seja amplamente compreendido por leigos, a definição científica expressa por meio de autorrelatos gera muitos questionamentos. Seria uma forma válida perguntar se uma pessoa é feliz ou está feliz, ou há outros fatores a considerar? Além disso, o constructo *Felicidade* é adjacente ao conceito de bem-estar, o que estimula ainda mais tais dúvidas.

O termo “bem-estar” gera confusão e sobreposição de conceitos, principalmente quando as teorias dentro da Psicologia atribuem adjetivos a esse conceito, tais como bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico, bem-estar hedônico e bem-estar eudaimônico.

Várias medidas de bem-estar e *Felicidade* foram propostas na literatura da psicologia positiva (DIENER et al., 1999; LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999). Usualmente, os pesquisadores têm discernido o estudo da *Felicidade* hedônica e eudaimônica.

*Felicidade* hedônica se refere à *Felicidade* obtida através da gratificação relacionada aos prazeres sensoriais e dizem respeito à *Felicidade* concebida como afeto positivo (dimensão cognitiva). *Felicidade* eudaimônica diz respeito à *Felicidade* derivada da postergação da gratificação sensorial a fim de alcançar os benefícios a longo prazo, obtidos a partir da experiência de viver uma vida virtuosa. A eudaimonia, enquanto estado subjetivo, envolve sentimentos que ocorrem quando a pessoa se move em direção à autorrealização para que possa desenvolver as suas potencialidades e conferir propósito à sua vida (DELLE FAVE et al., 2011).

A evolução dos estudos sobre *Felicidade* e bem-estar tem proporcionado novas indagações e considerações não a cerca do que torna ou distingue alguém feliz, mas sobre como avaliar e mensurar a *Felicidade* e o bem-estar das pessoas da melhor maneira possível (PEREIRA, 2017).

Para avaliar o bem-estar psicológico, foram propostas medidas mais amplas que englobam vários aspectos, como o significado, o propósito, a autonomia, a autoaceitação, o otimismo, as relações positivas, o domínio, a autodeterminação, a resiliência, o crescimento pessoal, a vitalidade, o engajamento e a autoestima (SU; TAY; DIENER, 2014). Essas medidas mais amplas são referidas algumas vezes como medidas de *Felicidade* ou bem-estar eudaimônicos.

Para avaliar o bem-estar subjetivo, foram designadas as avaliações cognitivas e afetivas relacionadas à vida como um todo. O bem-estar subjetivo (BES) é formado por uma estrutura tripartite e empiricamente diferenciada, já que frequentemente carrega três fatores distintos em análises fatoriais (DIENER et al., 1999):

- Julgamento cognitivo: grau de satisfação que uma pessoa tem com sua vida em geral;
- Emoções positivas;
- Emoções negativas.

Ao invés de avaliar o BES indiretamente em componentes separados, alguns pesquisadores têm optado por perguntar diretamente às pessoas se elas são felizes. Lyubomirsky e Lepper (1999) argumentam que as pessoas têm uma concepção geral do que significa ser feliz, o que provavelmente inclui os componentes cognitivos e emocionais. Então, o uso da palavra *feliz* explicitamente em questionários também é apropriado. Eles criaram uma medida geral de *Felicidade* subjetiva, considerando um indicador fundamentado numa perspectiva do inquirido, a quem é pedido que faça uma apreciação geral e digam em que medida é feliz ou infeliz. (LYUBOMIRSKY, 2001; LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999).

Delle Fave et al. (2011), realizaram uma pesquisa com 666 participantes advindos da Austrália, Croácia, Alemanha, Itália, Portugal, Espanha e África do Sul, tendo como um dos principais objetivos examinar as definições de *Felicidade* através dos componentes hedônicos e eudaimônicos por intermédio de análises qualitativas e quantitativas. Os resultados mostraram que *Felicidade* foi definida principalmente como uma condição de equilíbrio e harmonia psicológica. Entre os diferentes domínios da vida, as relações familiares e sociais estavam proeminentemente associadas à *Felicidade* e ao significado. As análises quantitativas destacaram a relação entre *Felicidade*, significância e satisfação com a vida, bem como as contribuições diferentes e complementares de cada componente ao bem-estar. Em nível teórico e metodológico, os achados sugerem a importância de investigar conjuntamente a *Felicidade* e sua relação com outras dimensões do bem-estar, a fim de detectar diferenças e sinergias.

Em nossa opinião, definir *Felicidade* é ainda um grande desafio que tem mobilizado várias pesquisas. Devido a grande complexidade, indentificar tal conceito

não é o objetivo primordial de nossa pesquisa. Nós abordaremos que Felicidade e bem-estar são constructos que se convergem, ao dizer que a felicidade pode incluir elementos hedônicos e eudaimônicos, como significado de vida.

### 3.2 BENEFÍCIOS E MITOS DA FELICIDADE

Diversas pesquisas apontam que a *Felicidade* apresenta múltiplos benefícios não só para o indivíduo, mas, também, para as famílias, a comunidade e a sociedade em geral (FREDRICKSON, 2001; LYUBOMIRSKY; SHELDON; SCHKADE, 2005). Estudos apontam numerosos subprodutos da *Felicidade* bem como que as pessoas felizes possuem maior apoio social, mais amigos, maiores recompensas sociais, interações sociais mais plenas e maiores chances de se casar, com menor probabilidade de divórcio. Também tendem a ser mais criativos, úteis, caridosos e confiantes (LYUBOMIRSKY; LAYOUS, 2013; MARKS; FLEMING, 1999).

Em uma revisão publicada na Revista Lancet, Steptoe, Deaton e Stone (2015) consideraram que o bem-estar pode ter um papel protetor na manutenção da saúde e este vínculo pode se tornar mais importante em idades mais avançadas, já que, geralmente, a prevalência de doenças crônicas aumenta com o avançar dos anos. Em uma análise ilustrativa do Estudo Longitudinal Inglês do Envelhecimento (ELSA), descobriram que o bem-estar eudaimônico está associado à maior sobrevivência: 29,3% das pessoas no quartil de bem-estar mais baixo morreram durante o período médio de acompanhamento de 8,5 anos, em comparação com 9,3% das pessoas no quartil mais alto. As associações eram independentes da idade, do sexo, dos fatores demográficos e da saúde física e mental. Afirmaram que, as teorias psicológicas e econômicas atuais não explicam adequadamente as variações no padrão de bem-estar de acordo com a idade e a saúde ocorridas nas diferentes regiões do mundo.

Muitas pessoas almejam a *Felicidade* (DIENER, 2000) e atribuem esta conquista ao fato de conseguirem ter um bom emprego, uma maior renda, um carro novo, casar-se ou não, ter filhos, viajar, etc. As evidências, no entanto, sugerem que mudanças nas circunstâncias de vida (por exemplo, estado civil, carreira e renda) nem sempre é o caminho mais vantajoso para um maior bem-estar (SHELDON; LYUBOMIRSKY, 2006). A falsa premissa não reside no fato de que a realização de

tais sonhos não seja fonte de *Felicidade*, a questão é que, inicialmente, ela pode ser perfeitamente satisfatória, mas não deixará as pessoas incomensuravelmente felizes (ou por tanto tempo) quanto se imagina. Atenta-se, também, ao fato de que acreditamos que, com a ocorrência de eventos negativos na vida, deixaremos de ser felizes, ou só seremos felizes se algo específico ocorrer.

Foi realizado um estudo longitudinal com uma amostra representativa de 2.398 indivíduos adultos, residentes dos EUA, que passaram por eventos negativos ao longo da vida e avaliaram o impacto na saúde mental. O resultado demonstrou que as pessoas que vivenciaram alguma adversidade, como acontecimentos negativos ou momentos de mudanças na vida, eram menos angustiadas, estressadas ou debilitadas e mais felizes do que aquelas que não sofreram desventuras (SEERY; HOLMAN; SILVER, 2010).

### 3.3 AUMENTO DA FELICIDADE E SEUS PREDITORES

Alguns questionamentos são recorrentes no meio científico. O entendimento a respeito de os sentimentos de bem-estar serem apenas benéficos recebeu, recentemente, a atenção acadêmica pelos cientistas sociais, incluindo psicologia e psiquiatria positiva, e está sendo alvo de muitas discussões e pesquisas (MARTIN; HARMELL; MAUSBACH, 2015). Busca-se saber se a *Felicidade* é boa para um funcionamento eficaz e quando, como e o *quanto* ela potencializa.

Mas, o que realmente torna uma pessoa feliz?

Grandes progressos foram realizados pelos pesquisadores no sentido de se produzir teorias que almejam o aumento intencional dos níveis de *Felicidade* (LYUBOMIRSKY; SHELDON; SCHKADE, 2005), mediante investigações de evidências empíricas (SIN; LYUBOMIRSKY, 2009) e com múltiplos efeitos favoráveis na saúde, trabalho e relações sociais (DIENER; CHAN, 2011; LYUBOMIRSKY; LAYOUS, 2013).

Primeiramente, para considerar a possibilidade de se aumentar a *Felicidade*, discutiremos alguns dos seus possíveis preditores:

- *Renda ou status financeiro*: a renda é conhecida por estar associada à *Felicidade*, mas os debates persistem sobre a natureza exata dessa



relação. A *Felicidade* aumenta indefinidamente com a renda, ou existe um ponto em que rendas mais altas não levam mais a um bem-estar maior? A literatura aponta que tanto para as nações quanto para os indivíduos, superado um limiar de subsistência com dignidade, o aumento do poder aquisitivo não se correlaciona com um incremento significativo nos níveis de *Felicidade* nas mesmas proporções (KAHNEMAN et al., 2006; MYERS; DIENER, 1995).

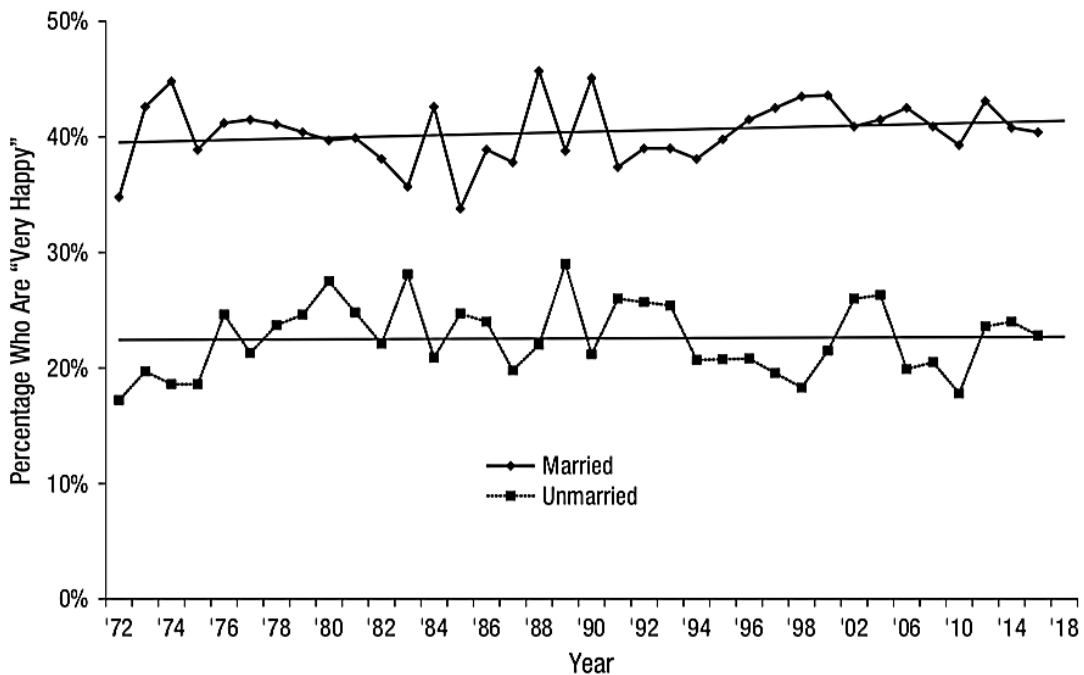
Em uma pesquisa realizada nos EUA com uma amostra de 1.519 pessoas foi questionada sobre a renda familiar e foram feitas perguntas destinadas a medir a tendência de se experimentar sete emoções distintas que constituíam características existentes na *Felicidade*: diversão, temor, compaixão, contentamento, entusiasmo, amor e orgulho. Os participantes no extremo superior do espectro socioeconômico relataram uma maior tendência a experimentar emoções que se concentraram em si mesmos, especificamente, o contentamento e o orgulho (assim como a diversão). Os indivíduos na parte inferior da escala de renda eram mais propensos a experimentar emoções que se concentravam em outras pessoas, a saber: a compaixão e o amor. A emoção orientada para outros pode permitir que indivíduos de classe baixa formem mais vínculos interdependentes para lidar com seus ambientes mais ameaçadores (CAMPBELL, 1981; PIFF; MOSKOWITZ, 2017; VEENHOVEN, 1984).

Jebb et al. (2018) utilizaram os dados da Gallup World Poll, uma amostra representativa de mais de 1,7 milhão de indivíduos em todo o mundo. Controlaram para variáveis sociodemográficas e encontram que a *saciação* da *Felicidade* ocorre com \$ 95.000 anuais, quando se faz avaliação da vida (aspecto cognitivo da *Felicidade*), e \$ 60.000 a \$ 75.000 para o bem-estar emocional (aspecto emocional). Entretanto, há uma variação substancial nas diversas regiões do mundo, onde a *saciedade* ocorre mais tarde nas regiões mais ricas.

- *Emprego*: diversas pesquisas apontam que possuir um emprego aumenta a *Felicidade* e estar satisfeito com o trabalho executado apresenta um efeito protetor na saúde, *Felicidade* e autoestima (SATUF et al., 2018). Da mesma forma, o desemprego resulta em menor *Felicidade* e autoestima. Sabe-se, ainda, que a diminuição da *Felicidade* no trabalho provoca a diminuição da *Felicidade* no geral (VEENHOVEN, 1984).

- *Estado civil*: pesquisas recentes demonstram que o casamento é um preditor robusto de *Felicidade*. Os resultados da General Social Survey, uma pesquisa sociológica que visa coletar dados sobre a sociedade americana, desde 1972, apontam que adultos casados, frequentemente, relatam serem  *muito felizes* (Figura 2) (SMITH, T. W. et al., 2017).

Figura 2 – Estado civil e felicidade ao longo do tempo



Notas: Porcentagem de entrevistados casados e nunca casados que disseram que eram “muito felizes” por ano. As linhas retas são linhas de regressão de melhor ajuste. Os dados são do NORC General Several Survey

Fonte: SMITH et al., 2017

Lucas et al. (2003), realizaram uma pesquisa, com mais de 24.000 alemães, que analisou a adaptação ao casamento e concluíram que, embora o indivíduo experimente, em média, um aumento de *Felicidade* quando se casa, esse acréscimo só dura cerca de dois anos, após o qual retornam ao nível de *Felicidade* anterior. Concluíram, também, que as pessoas felizes são mais propensas a se casarem e manterem o casamento, e que esses efeitos de seleção são, pelo menos, parcialmente responsáveis pela ampla associação documentada entre estado civil e

o BES. Mais pesquisas longitudinais são necessárias para esclarecer esse possível efeito causal.

- *Saúde*: evidências convincentes sugerem a associação positiva entre *Felicidade*, eventos positivos, maior imunidade e níveis mais baixos de inflamação (PRATHER et al., 2007; SIN et al., 2015), além de melhor recuperação em pacientes com insuficiência cardíaca (BROUWERS; VAN GILST; VAN VELDHUISEN, 2013) e maiores índices de saúde em população saudável (DIENER; CHAN, 2011). Vários mecanismos fisiológicos podem explicar descobertas como essas. A *Felicidade* parece estar inversamente relacionada ao estresse percebido (SCHIFFRIN; REZENDES; NELSON, 2009) e pode proteger contra doenças através de uma melhor resposta imunológica (VEENHOVEN, 2008).
- *Longevidade*: pesquisas atuais sugerem que ser feliz pode estar associado à melhor saúde e longevidade (DIENER; CHAN, 2011). Com base em um estudo longitudinal realizado com mais de 600 freiras católicas, da Escola de Notre Dame, Danner e sua equipe de pesquisadores (DANNER; SNOWDON; FRIESEN, 2001), encontraram que o uso da linguagem emocionalmente positiva para descrever brevemente suas autobiografias, quando as freiras tinham por volta de 20 e poucos anos, estavam fortemente relacionadas com a longevidade 50 a 70 anos depois. Lawrence, Rogers e Wadsworth (2015), analisaram a relação entre *Felicidade* e longevidade em uma amostra nacionalmente representativa de adultos nos EUA. Eles concluíram que as pessoas felizes vivem mais. Comparado com pessoas muito felizes, o risco de morte durante o período de acompanhamento é 6% maior entre aqueles que são muito felizes e 14% maiores entre aqueles que não são felizes, mesmo depois de controlar para fatores demográficos, socioeconômicos e relacionados ao estilo de vida.
- *Religiosidade/espiritualidade*: uma metanálise de 147 estudos empíricos, de participantes europeus e americanos, demonstrou que a maior presença de religiosidade estava relacionada à menor taxa de depressão (SMITH, T. B.; MCCULLOUGH; POLL, 2003). Em uma

revisão, Myers (2000) apresentou dados onde a religiosidade estava relacionada a níveis mais baixos de suicídio. Além disso, em dados coletados de 49.941 americanos adultos através do National Opinion Research Center (NORC), a *Felicidade* autorrelatada variou de 26% *muito feliz* entre aqueles que nunca frequentaram serviços religiosos a até 48% entre os que compareceram mais que semanalmente.

Rizvi e Hossain (2017), em uma revisão sistemática da relação entre crença religiosa e *Felicidade*, no período de 1996 a 2015, elegeram 73 artigos originais e 4 revisões. A *crença religiosa* foi avaliada utilizando os parâmetros religiosidade, crença religiosa, frequência ao local do culto, e comportamentos intrínseco e extrínseco. Para *Felicidade* utilizou-se os parâmetros de satisfação com a vida, amor à vida, bem-estar, QV, saúde mental e saúde física. Para avaliar a *Felicidade*, foram utilizadas escalas como *Oxford Happiness Inventory* e *Satisfaction with Life Scale*, enquanto a religiosidade foi mensurada por autoavaliação, escala de Francis e outros modelos. A maioria dos estudos encontrou associação positiva entre religião e *Felicidade* e os dados mais correlacionados são o sentimento de união, o cuidado mútuo, o sentimento de segurança, o sentimento de gratidão e a sensação de paz intrínseca. Koenig (2012), em uma revisão sistemática, identificou, em 2010, 326 estudos que examinaram a relação entre R/E e bem-estar. Desses, 79% encontraram uma associação significativamente positiva entre maior religiosidade e maior bem-estar.

Ao falarmos de doenças crônicas podemos notar que existem pacientes que conseguem se adaptar de forma satisfatória, não apresentando dificuldades na nova rotina diária, no entanto, outros não aderem à terapêutica adequadamente, colocando-se em situação de risco ou de agravamento do quadro de saúde. É importante destacar que, mesmo diante das melhores tecnologias ou medicamentos, o sucesso do tratamento estará diretamente relacionado à condição de o paciente aderir ou não (FAYER; NASCIMENTO; ABDULKADER, 2008). Nas próximas seções iremos abordar a R/E e SC, constructos que sabidamente impactam a saúde dos pacientes com DRC.

## 4 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Nesta seção, será feita uma breve descrição dos principais conceitos de R/E e sua influência na saúde das pessoas de uma maneira em geral, e dos pacientes com DRC.

### 4.1 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO MEIO CIENTÍFICO

A R/E foi muitas vezes vista com certo preconceito ou reservas por cientistas e intelectuais das mais diversas áreas do conhecimento, principalmente durante os séculos XIX e XX. Ressalta-se que, frequentemente, suas opiniões não estão embasadas em uma investigação sistemática ou conhecimento aprofundado sobre o assunto (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; NUMBERS, 2010).

Entretanto, após a década de 80, houve um aumento exponencial das pesquisas nesse campo. Muitos estudos rigorosos foram e estão sendo realizados na temática religiosidade, espiritualidade e suas implicações na saúde, doenças clínicas e transtornos mentais (MOREIRA-ALMEIDA, 2007).

### 4.2 CONCEITO

A religião é um fenômeno humano complexo, merecendo reflexão por parte de vários saberes como a sociologia, a antropologia, a psicologia, a história, a política, a teologia e a filosofia. Wilges (1995 apud DALGALARRONDO, 2008) define religião como um conjunto de crenças, leis e ritos que visam estabelecer uma relação pessoal com um poder supremo. Para o autor, as religiões seriam constituídas por uma doutrina, conjunto de crenças sobre a origem do cosmos, o sentido da vida, o significado da morte, do sofrimento e do além. Também, por um sistema ético de leis, proibições, regras e condutas. E ainda, por uma comunidade de fiéis, com diferentes tipos de líderes religiosos.

A relação entre psicologia e religião teve duas importantes vertentes de estudo no século XX. A tradição norte-americana, surgida com William James, produziu numerosa pesquisa empírica em psicologia, psicopatologia e saúde mental. Médico, filósofo e professor de psicologia nos EUA, James colaborou para o desenvolvimento da psicologia social naquele país e para o estudo da espiritualidade. Ele coloca a possibilidade de investigar empiricamente a espiritualidade, na medida em que ela é capaz de produzir efeito e mudanças na vida das pessoas. (DALGALARRONDO, 2008).

Georg Simmel, um dos fundadores da sociologia alemã, produziu também importante reflexão sobre o fenômeno religioso. Um dos seus eixos é uma dimensão humana geradora de sentidos que denominou religiosidade, distinta de suas manifestações sócio-históricas, as religiões (RIBEIRO, 2006).

O conceito de religiosidade passou a ocupar um espaço cada vez maior na literatura recente. Os autores têm preferido uma investigação mais ampla da religiosidade em lugar de estudar apenas a denominação religiosa, por fornecer informações mais abrangentes acerca do envolvimento, de práticas e crenças religiosas (STROPPIA, 2018).

Em muitos estudos, os conceitos de religiosidade e espiritualidade se confundem. As definições dos termos *religião*, *religiosidade* e *espiritualidade* têm gerado debates e divergências. Para Koenig (2001), religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Deus, Poder Maior ou Verdade/Realidade, Final/Absoluta), diz respeito ao nível de envolvimento religioso e o reflexo desse envolvimento na vida de alguém, o quanto isso influencia no seu cotidiano, nos seus hábitos e na sua relação com o mundo.

O constructo espiritualidade apresenta uma longa história de controvérsias. Para muitos autores está relacionado com conceitos que incluem Deus, poder superior, paz, sintonia com o universo e/ou natureza (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001). O termo espiritualidade desvinculado de religião e religiosidade, segundo Larson e McCullough (apud DALGALARRONDO, 2008), surgiu nas décadas de 1960 e 1970, em razão da secularização da sociedade e da desilusão com as instituições religiosas no ocidente, passando a ser utilizado com um sentido mais pessoal e existencial, mas não muito bem definido (DALGALARRONDO, 2008). Segundo Koenig (2001), a visão de um significado mais tradicional e histórico da

palavra *espiritualidade* tem predominado nas principais revistas médicas do mundo e faz referência a pessoas profundamente religiosas, que dedicaram sua vida ao serviço da religião e de outras pessoas.

Além da questão conceitual, é importante fazer uma breve discussão das diversas dimensões de R/E. Algumas das mais estudadas e associadas com desfecho de saúde mental são:

- *Religiosidade organizacional*: participação religiosa em igrejas, templos, sinagogas (missas, cultos, grupos de adoração, grupos de estudo das escrituras, reuniões religiosas, etc.). É uma medida social da religião (KOENIG; BÜSSING, 2010; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001);
- *Religiosidade privada ou religiosidade não organizacional*: refere-se a atividades realizadas individualmente e de maneira particular (oração pessoal, meditação, leitura e estudo da Bíblia ou outros livros religiosos, assistir ou ouvir programas religiosos, etc.) Não requer interação com outras pessoas (KOENIG; BÜSSING, 2010; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001);
- *Religiosidade intrínseca*: acessa o nível pessoal de envolvimento religioso e de motivação religiosa. Pessoas com altos índices de religiosidade intrínseca encontram o maior significado da vida na R/E; geralmente têm internalizados os principais preceitos e crenças religiosas que dão sentido à sua existência. O indivíduo tem na religião seu bem maior (KOENIG; BÜSSING, 2010; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008). Oferece uma solução compreensiva para os problemas da vida e outras necessidades são vistas como secundárias e colocadas em harmonia com sua crença religiosa (ALLPORT; ROSS, 1967);
- *Religiosidade extrínseca*: a religião é um meio utilizado para obter outros fins ou interesses; o indivíduo está interessado na religião para obter uma meta não religiosa. Os valores extrínsecos são instrumentalizados e utilitários para proporcionar segurança e consolo, sociabilidade e distração, divulgação social e autoabsolvição (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008). Abraçar determinada crença é uma forma de apoio ou obtenção

de necessidades mais primárias. O indivíduo transfere, não criticamente, a responsabilidade da criação de seu próprio sistema de valores e crenças a algum sistema ou alguma instituição externa a si mesmo (ALLPORT; ROSS, 1967);

- *Coping religioso*: um tipo de *coping* bastante empregado para lidar com os reveses da vida é o *coping* religioso-espiritual (CRE). O CRE emprega elementos religiosos e/ou espirituais na facilitação para a solução de problemas e prevenção ou alívio de consequências emocionais negativas, advindas de circunstâncias de vida estressantes (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998).

Segundo Pargament, Koenig e Perez (2000), os objetivos do CRE coincidem com os cinco objetivos-chave da religião: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade, e transformação de vida, com a busca de bem-estar físico, psicológico e emocional. O CRE utiliza como principais estratégias as dimensões de: purificação religiosa (*Pedi perdão pelos meus pecados*); conexão espiritual (*Busquei uma estreita relação com Deus*); apoio espiritual (*Procurei em Deus amor e carinho*); *coping* religioso colaborativo (*tentei colocar meus planos em ação junto com Deus*); reavaliação religiosa positiva (*Tentei ver como Deus estaria tentando me fortalecer nesta situação*); perdão religioso (*Busquei ajuda para abandonar minha raiva*) e foco religioso (*Voltei-me para minha religião ao invés de preocupar com os problemas*).

#### 4.2.1 Religiosidade/espiritualidade e marcadores de saúde física e mental

Sobre a relação com saúde mental, saúde física e maiores níveis de *Felicidade*, as variáveis R/E podem:

- Exercer um papel de proteção para a saúde física;
- Funcionar como elementos que influenciam no curso de transtornos psiquiátricos;
- Se constituir em fatores independentes quando influenciadores de saúde positiva;



- Se transformar num componente auxiliador no processo de recuperação de uma doença;
- Influenciar os níveis de bem-estar e QV;
- Influenciar negativamente o bem-estar e a QV.

Embora menos comum, a R/E pode influenciar de modo negativo a vida das pessoas. Quando associadas ao *coping* negativo, por exemplo, o indivíduo apresenta dúvidas sobre a existência, o amor ou o poder de Deus, insatisfação com Deus ou com membros da comunidade, interpretação das situações de dificuldades como punição divina ou ação do mal (PARGAMENT et al., 1998). Podem também atrapalhar, pois as pessoas entregam a Deus seus desejos e permanecem paralisados aguardando a obra divina e, com isso deixam de fazer sua parte. Uma visão imatura da religiosidade (ALLPORT; ROSS, 1967).

Estudos sistematizados têm concluído que o envolvimento religioso está, geralmente, relacionado com os melhores indicadores de saúde física e mental, além de maiores níveis de senso de propósito e significado da vida, melhor prognóstico de transtornos mentais, menores taxas de suicídio, delinquência, abuso de drogas e de mortalidade em geral (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Relacionada negativamente com transtornos mentais, a R/E associa-se positivamente também com maior bem-estar, otimismo, *Felicidade* e esperança do indivíduo (KOENIG; KING; CARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Os dados existentes na literatura geralmente abordam o quanto a R/E está associada positivamente aos maiores níveis de saúde. Embora haja muitos estudos mostrando o efeito protetor da R/E contra as possíveis doenças, é importante abordar quais são os efeitos protetores de saúde positiva em indivíduos que já estão acometidos de alguma doença crônica, como os pacientes com DRC.

Um estudo de coorte prospectivo multicêntrico realizado no Brasil analisou a QV de 6.198 indivíduos com DRC, sendo pesquisado 1.624 incidentes (mais de 3 meses em diálise peritoneal). Foi utilizado o SF-36 (autoavaliação pelo paciente) e o índice de Karnofsky (avaliação da QV pelo profissional de saúde). Dentre os pacientes pesquisados, 47% eram idosos (acima de 60 anos) e 40% eram diabéticos. Na avaliação geral pelo SF-36 e pelo Karnofsky observou-se redução da QV, principalmente no grupo dos diabéticos e idosos (GRINCENKOV et al., 2011). Esta pesquisa corrobora com a avaliação da redução da QV desta população

(WASSERFALLEN et al., 2004), conceito este que envolve vários aspectos da vida, inclusive espiritual (FLECK, 2000).

Bragazzi e Del Puente (2013) fizeram uma revisão sistemática da relação entre R/E e DRC. Utilizaram apenas artigos revisados por pares, originais e em inglês. Os parâmetros de investigação foram dados sociodemográficos, dados laboratoriais, desfechos clínicos, parâmetros psicológicos (ex: *locus* controle, percepção da imagem, personalidade, percepção de suporte social, níveis de estresse e etc), religiosidade e espiritualidade (afiliação religiosa, frequência, literatura, prece e bem-estar espiritual) e comportamento dos pacientes, além de investigar as principais implicações clínicas relevantes para tratamento. Inferiram que as atitudes espirituais dos pacientes, as estratégias de enfrentamento, as preferências, as crenças e os comportamentos relacionados à saúde, bem como os cuidados ao final da vida, são mal abordados pela equipe de nefrologia e não estão sistematicamente integrados aos cuidados renais, como o manejo da dor e dos sintomas, o planejamento avançado dos cuidados com o apoio psicossocial e espiritual. Investigaram diferentes variáveis, eixos e categorias (QV, satisfação, adesão ao tratamento, parâmetros clínicos, entre outros), além de investigarem as principais implicações clínicas relevantes para tratamento.

Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), revisaram mais de 800 pesquisas que abordavam a relação entre saúde mental e religiosidade. Concluíram que há evidência suficiente para se afirmar que envolvimento religioso habitualmente se associa à melhor saúde mental (conforme aferido por indicadores de bem-estar psicológico, tais como: satisfação com a vida, *Felicidade*, afeto positivo e moral mais elevado) e ao menor índice de transtornos psiquiátricos (menores índices de depressão, pensamentos e comportamentos suicidas e uso/abuso de álcool/drogas).

Corroborando a ideia de nos atentarmos aos aspectos saudáveis do indivíduo, atualmente observa-se que, além da procura por melhoria técnica do tratamento da IRC, há grande preocupação com o fato de essa melhoria aumentar a sobrevivência do paciente, ou seja, reconhece que uma outra meta deve ser atingida: dar não somente vida aos pacientes renais crônicos, mas vida com qualidade (MOREIRA-ALMEIDA, 2003), conforme dito anteriormente. Além dos aspectos do conceito de QV, segundo a OMS, sobre o bem-estar físico, o social e psíquico, temos o aspecto espiritual (FLECK, 2000) que, até pouco tempo atrás, era pouco abordado.

## 5 SENSO DE COERÊNCIA

Nesta seção, dedicamo-nos a uma discussão sobre os conceitos de saúde e doença, da patogênese e salutogênese.

### 5.1 SALUTOGÊNESE: UM NOVO PARADIGMA DE SAÚDE

Aron Antonovsky, médico e sociólogo, observou pessoas que passaram por dificuldades significativas em suas vidas. Ele desenvolveu uma pesquisa com mulheres israelenses sobreviventes de campos de concentração da Segunda Guerra Mundial (ANTONOVSKY, 1987) e notou que muitas destas mantinham-se saudáveis física e emocionalmente, apesar de terem vivido por várias atrocidades em sua vida. No final dos anos de 1960, tendo trabalhado com pacientes com esclerose múltipla, câncer e doenças cardiovasculares, Antonovsky percebeu que seu interesse não era em nenhuma doença em particular, e sim no impacto que os fatores psicossociais tinham no processo do adoecer (ANTONOVSKY, 1990). Entretanto, foi somente uma década depois, por volta dos anos de 1978, que Antonovsky chegou à pergunta salutogênica: "o que torna as pessoas saudáveis?".

O estudo de como e porque as pessoas permanecem bem, mesmo sob situações desfavoráveis e estressantes é nomeado salutogênese. A classificação dicotômica "saúde-doença" é rejeitada por Antonovsky com a qual os cientistas da área da saúde costumam trabalhar. Sua proposta é justapor essa divisão criando um conceito de um processo contínuo no qual ao longo da vida as pessoas irão se defrontar com os dois pólos, ou seja, o pólo ease (saúde) e dis-ease (doença) (ANTONOVSKY, 1987). Segundo o autor, mesmo quando um indivíduo se avalia como saudável ele apresenta algum grau do componente patológico, e aquele que se avalia extremamente doente, sempre há certo grau de saúde enquanto viver.

Em tal abordagem, ninguém é categorizado como saudável ou doente. Mesmo o indivíduo totalmente saudável, enérgico e livre de sintomas tem a marca da mortalidade: usa óculos, tem momentos depressivos, gripa e pode ter células malignas ainda não detectadas. Para Antonovsky (1987), a questão não é classificar

o ser humano como saudável ou doente, mas compreender o quanto ele está longe ou perto dos extremos.

Quadro 1 – Diferenças entre o paradigma patogênico e o paradigma salutogênico

	Paradigma	
	Patogênico	Salutogênico
<b>Organismo Humano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema perfeito que será invadido por agentes exteriores do meio físico e social, ou estilos de vida impróprios ou perigosos (aguda, crônica ou fatal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema que está sujeito a um processo entrópico que termina invariavelmente com a morte;</li> <li>- Desequilíbrio, sofrimento, são inerentes à existência humana, tal como a morte.</li> </ul>
<b>Conceito de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negativo, redutor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivo, multidimensional.</li> </ul>
<b>Classificação da Pessoa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dicotômica (saudável/doente).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionamento num <i>continuum</i> (bem-estar/mal-estar);</li> <li>- Nesta perspectiva, todos estamos em parte “saudáveis” e em parte “doentes”.</li> </ul>
<b>Questões a que procura dar resposta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como evitar a doença (prevenção primária);</li> <li>- Como tratar a doença ou reparar a incapacidade (prevenção secundária);</li> <li>- Como atenuar os seus efeitos (prevenção terciária).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências do meio (físicas, biológicas, psicológicas e sociais).</li> </ul>
<b>Modelos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biomédico ou Biopsicosocial (Processo de trabalho fundamentalmente paternalista ou autoritário).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participativo (processo de trabalho participativo).</li> </ul>
<b>Foco da intervenção / investigação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centrado na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionamento do indivíduo no <i>continuum</i> rumo ao extremo bem-estar total (fatores salutogênicos);</li> <li>- Visão holística – avaliação global da pessoa.</li> </ul>
<b>Indivíduos importantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais da saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos (profissionais e não profissionais). Pessoas e grupos de qualquer natureza e todas as idades.</li> </ul>
<b>Resultados esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir os fatores de risco;</li> <li>- Tratamento específico para a doença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O movimento para a saúde é permanente e nunca completamente “bem-sucedido”;</li> <li>- Atenção ao sucesso ao longo da vida.</li> </ul>

Fonte: A autora, 2018 (baseado em ANTONOVSKY apud CARRONDO, 2006)

A orientação salutogênica deve acompanhar a orientação patogênica e não necessariamente substituir. Todas as pessoas podem ser consideradas como mais ou menos saudáveis, sendo simultaneamente mais ou menos doentes. A questão é: como é que uma pessoa se mantém mais ou menos saudável no contínuo de bem-estar e mal-estar?

## 5.2 SENSO DE COERÊNCIA

As pessoas reagem diferentemente às mesmas condições externas e conseqüentemente a diferentes estados de saúde. O motivo pelo qual elas mantiveram-se bem está relacionado à forma como enxergavam a vida e a essência de sua existência. A partir desta perspectiva, Antonovsky (1987) formula um conceito-chave para o processo salutogênico, um aspecto da personalidade denominado *senso de coerência* (SC).

### Quadro 2 – Conceito chave para o processo salutogênico por Antonovsky (1987)

Estado de saúde e de doença é determinado em grande parte:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- pelo fator psicológico individual,</li> <li>- pela atitude em relação ao mundo e à própria vida,</li> <li>- mesmo expostos às mesmas condições externas, diferentes indivíduos podem escolher diferentes caminhos, por diferentes escolhas,</li> <li>- pela maneira como o indivíduo mobiliza recursos internos e externos para manter a saúde e o bem-estar.</li> </ul>

Baseado em ANTONOVSKY, 1987.

O SC auxilia o indivíduo na mobilização de recursos internos ou externos para lidar com estressores e, com isso, gerenciar a tensão existente com maior sucesso. O SC é dividido em (ANTONOVSKY, 1991):

- *Compreensão – elemento cognitivo*: intitula-se na capacidade de compreender, de conseguir conferir sentido ao estímulo mesmo quando ele demonstra grande dimensão, tornando-o racionalmente compreensível e de forma ordenada, coerente, clara, estruturada e não ruim, ou seja, caótica, desordenada, aleatória, inesperada e sem explicação. Se os estímulos são considerados experiências que podem ser superadas, esses eventos são vistos como desafios a serem enfrentados e sentidos como suportáveis. Avalia-se que o que é compreendido é mais fácil de ser gerenciado.

- *Gestão – elemento instrumental*: intitula-se na capacidade de manejo das situações pelo próprio indivíduo ou a partir da mobilização de recursos que se encontram sob controle de pessoas e entidades escolhidas e apoiadas por ele (ex: amigo, chefe, esposa, marido, Deus etc); refere-se, assim, ao grau de recursos que o indivíduo tem à sua disposição e que podem ser usados para atender aos requisitos dos estímulos pelos quais está sendo submetido.

*Significância – elemento emocional/motivacional*: intitula-se à capacidade de conferir sentido emocional às situações da vida onde o indivíduo está envolvido, em alterar e moldar o próprio destino e as experiências diárias. Estes acontecimentos são sentidos como eventos que apresentam sentido emocional e passam a ser considerados como desafios, onde deve haver compromisso e investimento emocional. Refere-se ao entendimento de que os problemas enfrentados na vida devem ser vistos como desafios e não como fardos. É preciso que o indivíduo deseje resolver as dificuldades e invista energia para superar as experiências de estresse que podem causar angústia (Quadro 3).

Quadro 3 – Senso de coerência

Capacidade	Componente	Visão pessoal	
<b>Compreensão:</b> <i>sense of comprehensibility</i>	- Cognitivo.	- os estímulos do meio interno e externo são ordenados, consistentes, estruturados e claros.	- os desafios que poderão acontecer no futuro são preditivos, ordenados e explícitos.
<b>Gestão:</b> <i>sense of manageability</i>	- Instrumental; - Comportamental.	- os recursos disponíveis são adequados para atender às exigências requeridas pela situação de estímulo.	- estes recursos podem ser pessoais ou sociais, e incluem pedido de ajuda a pessoas significativas.
<b>Significância:</b> <i>sense of meaningfukness</i>	- Motivacional no sentido de coerência; - Considerado o mais importante.	- a pessoa sente que a vida faz sentido e que vale a pena investir energia nos problemas e nas necessidades.	- capacidade de cada um para perceber que os acontecimentos da vida têm sentido e neles investir sua energia.

Esses três componentes estão inter-relacionados, mas pode haver situações nas quais as experiências do indivíduo resultem em escores baixos num componente e elevados no outro (ANTONOVSKY, 1991).

O SC desenvolve-se durante a infância e a juventude e é relativamente estável ao longo da vida. Não é construído simplesmente por fatores individuais, mas também por condições sociais, culturais e históricas sendo fortemente influenciado pelas experiências vividas (NILSSON, L. A.; LINDSTRÖM, 1998).

### 5.2.1 Recursos gerais de resistência

Os recursos gerais de resistência (Quadro 4) foi cunhado por Antonovsky (1987) e compreendem as características de uma pessoa, um grupo ou uma comunidade, que auxilia as habilidades do indivíduo para lidar com os estressores além de contribuir para o desenvolvimento do SC. O autor chegou a este termo através de estudos epidemiológicos e a sua correlação com a saúde (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2005).

Quadro 4 – Recursos gerais de resistência por Antonovsky (1987)

Recursos gerais de resistência
- Refere-se ao fato de serem efetivos em qualquer situação.
- Refere-se ao fato de os recursos aumentarem a capacidade da pessoa para se relacionar positivamente com os fatores adversos e, portanto, aumentar sua resistência.

É um impacto contínuo nas experiências da vida e ajuda a capacitar para investir e tornar as pessoas coerentes com as experiências da vida que darão forma ao sentido de coerência. Estes recursos são características genéticas, constitucionais e psicossociais. De acordo com Long (2001) e Lindström e Eriksson (2005), podemos agrupar os recursos gerais de resistência em categorias significativas (Quadro 5):

Quadro 5 – Categorias e descrição dos recursos gerais de resistência

<b>Categorias</b>	<b>Descrição</b>
<b>Ambientais e materiais</b>	Descreve o contexto em que o indivíduo nasce e se desenvolve, podendo envolver recursos materiais, educação, saúde, ocupação, localização geográfica, ambiente físico e níveis de poluição.
<b>Físicos e bioquímicos</b>	Refere-se a fatores genéticos individuais e incluem características, tais como, a capacidade do sistema imunitário para combater a doença e se adaptar a um ambiente em mudança.
<b>Emocionais</b>	Refere-se à identidade do eu, à identificação do papel e à estabilidade da personalidade.
<b>Interpessoais ou relacionais</b>	Inclui a rede de suporte social do indivíduo. Por exemplo, o apoio obtido do cônjuge, de um amigo, colega ou religioso.
<b>Socioculturais</b>	Refere-se à forma como o indivíduo se adapta ao seu ambiente social. Inclui a cultura, o sistema de crenças, a língua, as normas e a extensão com que o indivíduo ou grupo está inserido na sociedade e que dá significado à sua existência.

Fonte: baseado em LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2005; LONG, 2001.

Na perspectiva de Lindström e Eriksson (2005), em comparação com outros conceitos, o SC tem uma maior adaptabilidade e maior possibilidade de utilização universal. Encontramos vários outros conceitos semelhantes como: resiliência, fator de proteção, superação, ajustamento, otimismo, entre outros que, por muitas vezes, não possuem definições claras, o que pode resultar em confusão teórica. Tal confusão se dá na medida em que o termo SC é utilizado para descrever processos diferentes. Tais diferenças, ora sutis, ora mais intensas, trazem implicações metodológicas divergentes numa *práxis* voltada para a saúde e sua promoção.

O SC é também, equivocadamente, equacionado com propósito de vida, significado (SHERMAN et al., 2010; STEGER, 2012). Embora ambos abranjam o grau em que uma pessoa sente que sua vida é significativa e compreensível, somente o SC inclui a *capacidade de gerenciamento percebida das circunstâncias da vida*. Assim, com base no modelo salutogênico, pode-se prever que o SC é mais semelhante a uma *disposição* de enfrentamento.

Segundo Antonovsky (1987), o SC se desenvolve até cerca de 30 anos de idade. Entretanto, esse pressuposto não encontra apoio em pesquisas empíricas subsequentes. Apesar de o SC parecer ser relativamente estável ao longo do tempo, não parece ser tão estável quanto Antonovsky assumiu. Pesquisas mostram que o SC se desenvolve ao longo de todo o ciclo de vida, ou seja, aumenta com a idade (FELDT



et al., 2007; NILSSON, K. W. et al., 2010), entretanto ainda não é algo bem estabelecido.

Estudos recentes mostram que o SC parece ser uma construção multidimensional ao invés de unidimensional, como proposto por Antonovsky (1987), com as três dimensões constantemente interagindo uma com a outra para formar um fator comum e abrangente, o SC. Sequencialmente, Antonovsky sustentou que, por razões teóricas, deve-se evitar o levantamento de dimensões individuais para examiná-las separadamente (MITTELMARK et al., 2017).

Em uma metanálise realizada entre o SC e vários tipos de doenças, em dezenas de países e em várias condições clínicas (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006), os resultados corroboram vários outros achados onde o SC e a QV apresentam uma relação significativa e positiva entre pacientes com câncer (DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002; POST-WHITE et al., 1996), com artrite (NESBITT; HEIDRICH, 2000), após eventos cardíacos (KARLSSON; BERGLIN; LARSSON, 2000; MOTZER; STEWART, 1996) e também com outros constructos tais como bem-estar subjetivo (PALLANT; LAE, 2002) e satisfação com a vida (HORSBURGH; RICE; MATUK, 1998). Para mais, apresentam associação significativamente negativa à ansiedade (KAISER et al., 1996) e depressão (PALLANT; LAE, 2002), frequentemente diagnosticadas em pacientes com DRC.

Embora na literatura tenham sido encontradas diversas correlações significantes entre o SC elevado e as variáveis que avaliam algum aspecto da saúde, ainda não foi possível concluir que o SC causa um estado de saúde favorável (DANTAS, 2007).

Conclui-se que R/E e SC são fatores potencialmente geradores da saúde positiva. Entretanto, a maior parte dos estudos entre R/E e saúde investigam seu impacto no processo patogênico e, cabe ressaltar, que os mecanismos pelos quais estes podem impactar a saúde ainda não são bem conhecidos (GEORGE; ELLISON; LARSON, 2002). Como visto, a R/E tem sido considerada como uma variável de proteção e de fomento da *Felicidade* e, neste estudo hipotetizou-se que ela seja promotora de SC.

Assim, com o intuito de testar esta hipótese, esta pesquisa tem por objetivo investigar a associação entre níveis de R/E e *Felicidade* entre pacientes com DRC em hemodiálise e se esta possível associação é mediada total ou parcialmente pelo SC. Uma das hipóteses é que a R/E pode aumentar as dimensões do SC, trazendo um

impacto positivo na saúde, o que tem aumentado o interesse nos estudos destes recursos para auxiliar na melhora do paciente, incluindo os portadores de DRC.

O presente estudo justifica-se a partir deste novo enfoque, nomeado de Saúde Positiva, que busca analisar e investigar os aspectos potencialmente saudáveis dos seres humanos que influenciam no processo saúde-doença. Torna-se, assim, importante avaliar a R/E e os níveis de *Felicidade* em pacientes renais crônicos, uma vez que se trata de uma enfermidade crônica e progressiva, observando se existe influência desses constructos na condução da doença.

A maioria dos estudos realizados para testar as relações entre a R/E e outros constructos tem utilizado, em maior número, o delineamento transversal. A inferência causal de dados observacionais é um desafio e as complexidades das interpretações e das análises são diversas, principalmente quando o que está sendo estudado não é uma intervenção única ou uma exposição fixa, mas sim uma exposição que pode mudar com o tempo (VANDERWEELE; JACKSON; LI, 2016). Diferenciaremos neste caso pois, dentro do aspecto da religiosidade, teremos melhores condições de investigar se há uma relação causal a partir de um estudo longitudinal. Além disso, o atual estudo não estará lidando somente com as variáveis físicas, mas as de QV e de adaptação na doença, que é um foco importante, o fato de o paciente ficar bem. Procuraremos explorar alguns dos possíveis mecanismos pelos quais a R/E influencia na saúde positiva, tema pouco explorado.

## 6 OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo do presente estudo foi investigar a relação entre a R/E e a *Felicidade* em pacientes renais crônicos em hemodiálise, testando o SC como possível fator mediador dessa associação.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o nível de envolvimento religioso e de *Felicidade* entre pacientes em hemodiálise;
- Testar a associação entre a R/E e a *Felicidade* em pacientes renais crônicos em hemodiálise;
- Testar o SC como possível fator mediador da associação de R/E com *Felicidade*, caso esta seja encontrada.

## 7 MÉTODOS

### 7.1 TIPO DE ESTUDO E PERÍODO

Trata-se de um estudo observacional longitudinal (coorte), com um ano de seguimento. Chamou-se de Tempo 1 (T1) a coleta inicial dos dados (entre julho de 2012 até março de 2013) e Tempo 2 (T2) a reavaliação dos pacientes após um ano (entre junho de 2013 e abril de 2014).

### 7.2 POPULAÇÃO E LOCAL

Foram convidados a participar todos os pacientes ambulatoriais que apresentavam DRC no estágio V (chamada de insuficiência renal terminal, pois o rim já não desempenha funções básicas) e faziam hemodiálise em dois centros de diálise na cidade de Juiz de Fora-MG, Brasil: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), com atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde e a Nefroclin, que atende ao SUS e a convênios particulares. Esses dois centros não se restringem a pacientes do município de Juiz de Fora, pois abrangem outras localidades dos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro. Nós abordamos dois centros de diálise, mas cabe mencionar que, na cidade do estudo, existem três.

Nas listas originais de pacientes em hemodiálise desses centros (Tempo 1), 61 pacientes eram do HU-UFJF, 15 recusaram e 16 não atendiam aos critérios de inclusão, restando 30 participantes. Na Nefroclin, dos 180 pacientes, 14 recusaram, 35 não preenchiam os critérios de inclusão, restando, portanto, 131 pacientes. Assim, a amostra final total foi de 161 participantes (Tabela 2).

Tabela 2 – Lista original oferecida pelos serviços de hemodiálise da pesquisa

	Hospital Universitário	Nefroclin
Quantidade de pacientes na lista original	61	180
Recusa	15	14
Não atendiam o critério de inclusão	16	35
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>131</b>

Fonte: A autora, 2018

### 7.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão adotados foram: adultos ( $\geq 18$  anos de idade), ambos os sexos e  $\geq 1$  ano em diálise, pois estudos apontam que pacientes com tempo menor que um ano em diálise estão em fase de adaptação física e psíquica ao processo dialítico (KIMMEL et al., 2007). Foram excluídos os pacientes com *déficits* cognitivos que os impedissem de responder aos questionários. Nestes casos, os enfermeiros chefes responsáveis pelo serviço nos orientaram quais os pacientes que não apresentavam capacidade de responder (ex: demência ou outro quadro clínico que impossibilitasse).

### 7.4 COMITÊ DE ÉTICA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Federal de Juiz de Fora, parecer 375/2011, bem como dos Comitês de Ética de cada centro de tratamento cumprindo todas as determinações constantes na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

## 7.5 PROCEDIMENTO

### 7.5.1 Primeira etapa: tempo 1 (T1)

#### 7.5.1.1 Seleção dos Indivíduos

- A direção de cada centro de tratamento foi contatada pela pesquisadora e o consentimento para a realização da pesquisa foi dado.
- Psicólogos e estudantes de psicologia, foram recrutados voluntariamente para auxiliarem na coleta de dados. Tal recrutamento foi realizado através de divulgação em faculdades de psicologia da cidade de Juiz de Fora-MG. Os voluntários foram selecionados com base em entrevista e análise de currículo e uma reunião inicial marcada com todos os voluntários selecionados.
- Foram realizadas reuniões, seminários e grupos de estudos sobre o tema. Esses aconteciam quinzenalmente com duração de três horas. Nas reuniões, a pesquisadora explicou a condução e a elaboração da pesquisa, com a apresentação de todos os questionários. Além de estudarem sobre o tema da pesquisa, os entrevistadores treinavam entre si a aplicação dos inventários.

#### 7.5.1.2 Início da coleta de dados

Uma lista atualizada dos pacientes que estavam em tratamento hemodialítico foi fornecida pelas direções dos centros de atendimento à pesquisadora que realizou um levantamento de quais eram os dias e horários mais adequados para a aplicação da pesquisa que foi compartilhado entre os entrevistadores.

Durante as sessões de hemodiálise, inicialmente, cada sujeito foi convidado a preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para

participar da pesquisa, sendo explicados os objetivos e garantindo que a participação na pesquisa em nada iria prejudicar o seguimento de seu atendimento. Outro ponto abordado foi a garantia que, caso quisessem, poderiam deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

A pesquisadora responsável iniciou as coletas dos dados e os entrevistadores voluntários assistiam a duas entrevistas, realizadas por ela, com os pacientes do estudo. Posteriormente, os entrevistadores voluntários realizavam outras duas entrevistas observadas pela pesquisadora responsável. Após o treinamento, o entrevistador voluntário estava apto para conduzir a pesquisa juntamente aos pacientes e, assim, o fazia.

A coleta de dados se deu durante as sessões de hemodiálise nos respectivos centros e sempre após o lanche dos pacientes, momento no qual estavam mais despertos. A orientação para o melhor horário foi fornecida pelos chefes de enfermagem responsáveis pelo setor.

A aplicação dos questionários de autorrelato procedeu-se face a face e os pacientes recebiam um papel com os números das respostas em tamanho grande para facilitar a visualização. Após a aplicação dos questionários, os entrevistadores voluntários preenchiam uma planilha *on line* com os dados do entrevistado, a data e o local, para que houvesse maior controle da frequência e andamento da pesquisa pela pesquisadora responsável.

As reuniões com os entrevistadores continuaram durante todo o tempo de aplicação, para que o estudo fosse ajustado e modelado. Nessas reuniões todos os entrevistadores voluntários relatavam algum comentário, intercorrência, dúvida ou sugestão. Essas reuniões tinham por objetivo fazer com que todos procedessem sempre da maneira mais semelhante possível.

### **7.5.2 Segunda etapa: tempo 2 (T2)**

O T2 ocorreu um ano após a primeira coleta de dados. Nessa etapa foram aplicadas somente as escalas de Religiosidade (Durel) e *Felicidade* (Escala de *Felicidade* Subjetiva). Optou-se pela não reaplicação do SC, porque é composto de uma característica da personalidade e, por isso, mais estável no período proposto

(ANTONOVSKY, 1987). A segunda entrevista ocorreu um ano após a primeira, com margem de um mês acima ou abaixo da data estipulada. As entrevistas foram conduzidas igualmente às do T1.

Consultas semanais eram realizadas à planilha *on-line* e o supervisor direcionava quais pacientes e locais deveriam ser buscados. Nesse momento, houve um grande esforço para que fossem minimizadas as perdas de seguimento.

## 7.6 INSTRUMENTOS

### 7.6.1 Medidas

#### 7.6.1.1 Dados sociodemográficos

Foram obtidos através de entrevistas: idade, raça/cor, sexo, escolaridade (baixa escolaridade  $\geq$  ensino fundamental completo; média escolaridade = ensino médio incompleto + ensino médio completo; superior = ensino superior incompleto, completo e pós-graduação), estado civil (solteiro, casado/morando junto/amasiado e viúvo/divorciado/separado), situação laboral (tempo integral, meio período, desempregado, aposentado, afastado/licença ou auxílio doença, estudante e outra), renda familiar (1 salário mínimo ou menos e 1,1 a 2 salários mínimos ou mais) e denominação religiosa (católico, protestante, outros, não tem religião) (Apêndice A).

#### 7.6.1.2 Dados clínicos e laboratoriais

Foram obtidos através do prontuário médico relativos ao mês da primeira entrevista (T1). Caso não houvesse o dado do mês ao qual a pesquisa foi aplicada, escolhia-se o resultado dos exames realizados mais próximos à entrevista: níveis de hemoglobina, PTHi (paratormônio), Kt/V (índice de adequação em diálise), número de comorbidades clínicas e tempo em diálise. As comorbidades *diabetes melito* e



*hipertensão* estão associadas à evolução e progressão de doenças cardiovasculares pré-existentes, como doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico. A escolha das variáveis clínicas *quantidade de comorbidades* e *laboratoriais* (hemoglobina, Kt/V e PTHi) se deve às associações com a morbidade e mortalidade descritas (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2013).

### 7.6.1.3 Religiosidade

A escala Durel é uma versão validada para o português da *Duke University Religion Index*. É uma escala com cinco itens, de autopreenchimento, que indica o nível de envolvimento religioso através da avaliação de três dimensões de R/E:

- *Religiosidade organizacional* (RO) – frequência a igrejas/templos, dicotomizada no presente estudo entre  $\geq$  e  $<$  1x vez por semana;
- *Religiosidade privada* (RP) – tempo dedicado a orações, meditação, leitura da Bíblia ou outros textos religiosos, que foi dicotomizada entre  $\geq$  e  $<$  1 x por dia;
- *Religiosidade intrínseca* (RI) – o quanto as crenças religiosas influenciam na vida do entrevistado, em que uma pontuação  $\geq$  12 foi considerada como positiva.

As pontuações estão dispostas em uma escala Likert com cinco opções (RI) ou seis opções (RO e RP) e devem ser avaliadas separadamente (KOENIG; PARKERSON; MEADOR, 1997; LUCCHETTI et al., 2012).

Na análise dos resultados Durel, as pontuações das respostas às cinco questões foram invertidas, de forma que os indivíduos mais religiosos pontuem mais na escala. As três dimensões (RO, RP e RI) devem ser analisadas separadamente e seus escores não devem ser somados em um escore total (Anexo A).

#### 7.6.1.4 Senso de coerência

Sense of Coherence: versão validada para o Português da Antonovsky's life orientation questionnaire/sense of coherence scale (Anexo B). Possui 29 itens, Likert de 1 a 7 (ex.: “Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem? – 1: “Nunca tenho essa sensação” e 7: “Sempre tenho essa sensação.” ou “Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi: - 1: “Ficar ‘remoendo de raiva’ sobre o acontecido.” e 7: “Dizer ‘está tudo bem, tenho que viver com isso e seguir em frente’”). Altos escores indicam forte SC em uma variação possível de 29 a 203 (ANTONOVSKY, 1987; DANTAS, 2007).

#### 7.6.1.5 Felicidade

Versão validada para o português da *Subjective Happiness Scale* (SHS), autoaplicável e inclui quatro itens em que deve dar uma resposta likert (ex: “*Em geral eu me considero: 1- Uma pessoa não muito feliz, 7- Uma pessoa muito feliz*”). Maiores escores indicam maior *Felicidade*, em uma variação possível entre 4 e 28 pontos (DAMÁSIO; ZANON; KOLLER, 2014; LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999) (Anexo C).

### 7.6.2 Tempo 1

- Coleta dos dados;
- Questionário sociodemográfico;
- Consulta ao prontuário dos pacientes;
- Aplicação dos inventários: Durel, SC e Escala de Felicidade Subjetiva (EFS).

### 7.6.3 Tempo 2

- Aplicação um ano após a primeira coleta de dados;
- Reaplicadas a escala Durel e EFS.

## 7.7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram analisados usando o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 for Windows.

### 7.7.1 Tempo 1

- Análise descritiva dos dados, quando aplicável. As médias foram apresentadas no formato de média  $\pm$  desvio padrão;
- Análise multivariada: modelos de regressão linear em várias etapas (Quadro 6).

Quadro 6 – Análise das variáveis dependentes e explicativas

Análise	Variável dependente (desfecho)	Variáveis explicativas		
1	<i>Felicidade</i>	Religiosidade		Organizacional (RO) Privada (RP) Intrínseca (RI)
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas/Laboratoriais	Quantidade de comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH
2	Senso de Coerência	Religiosidade		Organizacional (RO) Privada (RP) Intrínseca (RI)
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas/Laboratoriais	Quantidade de comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH
3	<i>Felicidade</i>	Senso de Coerência		—
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas/Laboratoriais	Quantidade de comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH
4	<i>Felicidade</i>	Religiosidade		Organizacional (RO) Privada (RP) Intrínseca (RI)
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas/Laboratoriais	Quantidade de comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH
		Senso de Coerência		—

Fonte: A autora, 2018

Em todos os modelos houve o controle para os dados sociodemográficos (idade, sexo, cor e escolaridade) e clínicos (quantidade de comorbidade, tempo de diálise, hemoglobina, KT-V e PTH) (Quadro 7). Adotamos um índice de significância de 95%.

Quadro 7 – Grupos de análise para T1

Análise 1	Modelo de regressão linear (modelo de predição) tendo como desfecho a variável <i>Felicidade</i> (variável dependente) e como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade (RO, RP e RI) com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo. Foi feito o controle para variáveis sociodemográficas e clínicas/laboratoriais.
Análise 2	Modelo de regressão linear (modelo de predição) tendo como desfecho a variável SC (variável dependente) e como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade (RO, RP e RI) com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo. Foi feito o controle por variáveis sociodemográficas e clínicas/laboratoriais.
Análise 3	Modelo de regressão linear (modelo de predição) tendo como desfecho a variável <i>Felicidade</i> (variável dependente) e como variável explicativa (fator) o SC. Foi feito o controle por variáveis sociodemográficas e clínicas/laboratoriais.
Análise 4	Modelo de regressão linear (modelo de predição) tendo como desfecho a variável <i>Felicidade</i> (variável dependente) e como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade (RO, RP e RI), com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, e o SC (fator mediador). Foi feito o controle por variáveis sociodemográficas e clínicas/laboratoriais.

Fonte: A autora, 2018

Para a comparação entre as variáveis religiosidade T1 e T2 e *Felicidade* T1 e T2 utilizou-se o teste t para amostras pareadas.

### 7.7.2 Tempo 2

Posteriormente, a análise multivariada foi realizada através de modelos de regressão linear em várias etapas, sem mediação do SC. Grupo de análise, 1 a 4 (Quadros 8 e 9).

Quadro 8 – Análise multivariada – estrutura dos modelos de regressão linear – sem mediação pelo senso de coerência; análises 1 a 4

Análise	Variável dependente (desfecho)	Variáveis explicativas		
1	<i>Felicidade T2</i>	Religiosidade T1		Organizacional (RO) Privada (RP) Intrínseca (RI)
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas	Quantidade de comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina Kt-v Pth
2	Delta da <i>Felicidade</i> (T2-T1)	Religiosidade T1		Organizacional (RO) Privada (RP) Intrínseca (RI)
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas	Quantidade de comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina Kt-v Pth
3	<i>Felicidade T2</i>	Delta religiosidade (T2-T1)		Delta RO Delta RP Delta RI
		Controle	Socioemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas	Quantidade de comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH
4	Delta da <i>Felicidade</i> (T2-T1)	Delta religiosidade (T2-T1)		Delta RO Delta RP Delta RI
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas	Quantidade de comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH

Fonte: A autora, 2018

Quadro 9 – Grupos de análise 1 a 4 para T2

<b>Análise 1</b>	Explicar a <i>Felicidade</i> no Tempo 2 (T2) usando como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade no Tempo 1 (T1) em cada uma das três dimensões (RO, RP e RI), com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.
<b>Análise 2</b>	Explicar a variação de <i>Felicidade</i> entre T2 e T1 (Delta da <i>Felicidade</i> : T2- T1), usando como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade no T1 em cada uma das três dimensões (RO, RP e RI), com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.
<b>Análise 3</b>	Explicar a <i>Felicidade</i> no T2 usando como variáveis explicativas (fatores) a variação de Religiosidade entre T2 e T1 (Delta da Religiosidade: T2-T1) em cada uma das variações da Religiosidade entre T1 e T2 (Delta RO, Delta RP e Delta RI), com as variações das dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.
<b>Análise 4</b>	Explicar a variação de <i>Felicidade</i> entre T2 e T1 (Delta da <i>Felicidade</i> : T2-T1), usando como variáveis explicativas (fatores) a variação da Religiosidade entre T1 e T2 (Delta da Religiosidade) em cada uma das variações da Religiosidade entre T1 e T2 (Delta RO, Delta RP e Delta RI), com as variações das dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Fonte: A autora, 2018

Em seguida, a análise multivariada foi realizada através de modelos de regressão linear em várias etapas, acrescentando a mediação do SC. Em todos os modelos foi feito o controle para variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça, escolaridade) e clínicas (quantidade de comorbidade, tempo em diálise, hemoglobina, KT-V e PTH). Grupos de análise, 5 a 8 (Quadros 10 e 11).

Quadro 10 – Análise multivariada – estrutura dos modelos de regressão linear – com mediação pelo senso de coerência; análises 5 a 8

Análise	Variável dependente (desfecho)	Variáveis explicativas		
5	<i>Felicidade T2</i>	Religiosidade T1		Organizacional (RO) Privada (RP) Intrínseca (RI)
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas	Comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH
		Senso de coerência		—
6	Delta da <i>Felicidade</i> (T2-T1)	Religiosidade T1		Organizacional (RO) Privada (RP) Intrínseca (RI)
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas	Comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH
		Senso de coerência		—
7	<i>Felicidade T2</i>	Delta religiosidade (T2-T1)		Delta RO Delta RP Delta RI
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas	Comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH
		Senso de coerência		—
8	Delta da <i>Felicidade</i> (T2-T1)	Delta religiosidade (T2-T1)		Delta RO Delta RP Delta RI
		Controle	Sociodemográficas	Idade Sexo Raça Escolaridade
			Clínicas	Comorbidade Tempo em diálise Hemoglobina KT-V PTH
		Senso de coerência		—

Fonte: A autora, 2018



Quadro 11 – Grupos de análise 5 a 8 para T2

<b>Análise 5</b>	Explicar a <i>Felicidade</i> no Tempo 2 (T2) usando como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade no Tempo 1 (T1) em cada uma das três dimensões (RO, RP e RI), com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, e o SC (fator mediador), controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.
<b>Análise 6</b>	Explicar a <i>Felicidade</i> entre T2 e T1 (Delta da <i>Felicidade</i> : T2 – T1), usando como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade no T1 em cada uma das três dimensões (RO, RP e RI), com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, e o SC (fator mediador), controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.
<b>Análise 7</b>	Explicar a <i>Felicidade</i> no T2 usando como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade do T2 e T1 (Delta da Religiosidade) em cada uma das variações da Religiosidade entre T1 e T2 (Delta RO, Delta RP e Delta RI), com as variações das dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, e o SC (fator mediador), controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.
<b>Análise 8</b>	Explicar a <i>Felicidade</i> entre T2 e T1 (Delta da <i>Felicidade</i> ), usando como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade no T2 e T2 (Delta da Religiosidade) em cada uma das variações da Religiosidade entre T1 e T2 (Delta RO, Delta RP e Delta RI), com as variações das dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo e o SC (fator mediador), controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Fonte: A autora, 2018

Realizou-se, também, uma análise multivariada em T2 para explicar a *Felicidade* no T2, usando como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade no T2 em cada uma das variações da Religiosidade (RO, RP e RI), com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas. Esta análise foi feita com e sem mediação por SC. Grupos de análise 9 e 10 (Quadros 12 e 13).

Quadro 12 – Análise multivariada – estrutura dos modelos de regressão linear – sem e com mediação pelo senso de coerência; análises 9 e 10

Análise	Variável dependente (desfecho)	Variáveis explicativas	
9	<i>Felicidade T2</i>	Religiosidade T2	
		Controle	Sociodemográficas
			Clínicas
10	<i>Felicidade T2</i>	Religiosidade T2	
		Controle	Sociodemográficas
			Clínicas
		Senso de Coerência	

Fonte: A autora, 2018

Quadro 13 – Grupos de análise 9 e 10 para T2

<b>Análise 9</b>	Explicar a <i>Felicidade</i> no T2, usando como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade no T2 em cada uma das variações da Religiosidade RO, RP e RI), com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.
<b>Análise 10</b>	Explicar a <i>Felicidade</i> entre T2, usando como variáveis explicativas (fatores) a Religiosidade no T2 (RO, RP e RI), com as dimensões de religiosidade entrando separadamente no modelo, e o SC (fator mediador), controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Fonte: A autora, 2018

## 9 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados, também, no artigo intitulado “*Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise*” aceito para publicação pela revista Brazilian Journal of Nephrology (Anexo D).

### 9.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 161 pacientes, sendo 30 advindos do HU/UFJF e 131 da Nefroclin. Predominada por adultos de meia idade (57,8% = entre 41 e 64 anos), baixa escolaridade (60,9% = ensino fundamental incompleto + ensino fundamental completo), com renda  $\leq$  1 salário mínimo (63,4%) e que não trabalham (61,5% = aposentados e 26,7% = em afastamento por licença). Houve uma divisão quase equitativa entre homens e mulheres e entre as cores branca, negra e parda, dados semelhantes aos do Censo Brasileiro de Diálise (SESSO et al., 2017). A maioria da população denominava-se católica (59,6%), 18,6% protestante e 13% outros. A ausência de afiliação religiosa foi descrita por 8,7%. Nas variáveis clínicas encontramos a Hb (g/dl): hemoglobina média 11 (DP 1,9); PTHi (pg/mL): hormônio paratormônio, média 517 (DP 413); e Kt/V: índice de adequação em diálise, média 1,45 (DP 0,40) (Tabela 3).

Tabela 3 – Características demográficas, religiosidade, senso de coerência e felicidade (N = 161)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Faixa etária</i>		
Até 41 anos	20	12,4
41 a 64 anos	93	57,8
65 anos ou mais	48	29,8
<i>Cor</i>		
Branca	54	33,5
Preta	56	34,8
Parda	45	28,0
Outra	6	3,7
<i>Sexo</i>		
Masculino	87	54,0
<i>Escolaridade</i>		
Nenhuma	16	9,9
Baixa (fundamental incompleto + completo)	98	60,9
Média (médio incompleto + completo)	32	19,9
Superior (completo + pós)	15	9,3
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	39	24,2
Casado/morando junto/amasiado	84	52,2
Viúvo/divorciado/separado	38	23,6
<i>Qual é a sua situação atual de trabalho</i>		
Empregado em tempo integral	1	0,6
Empregado por meio período	4	2,5
Desempregado	2	1,2
Aposentado	99	61,5
Afastado/ licença ou auxílio-doença	43	26,7
Estudante	1	0,6
Outra	11	6,8
<i>Faixa de renda</i>		
1 salário mínimo ou menos	102	63,4
> 1 e < 2 salários mínimos	59	36,6
<i>Comorbidade</i>		
Nenhuma	29	18,7
Uma	79	51,0
Duas	32	20,6
Três	15	9,7

Continua

Continuação		
<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Diabetes</i>		
Sim	44	27,3
<i>Religião</i>		
Católica	96	59,6
Protestante	30	18,6
Outros	21	13,0
Não tem religião	14	8,7
	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<i>Hb (g/dl)</i>	11,0	1,9
<i>PTHi (pg/ml)</i>	517,0	413,0
<i>Kt/V</i>	1,45	0,40
<i>Religiosidade</i>		
Organizacional (1 a 6)	4,1	1,7
Privada (1 a 6)	4,3	1,7
Intrínseca (3 a 15)	12,9	2,9
<i>Senso de coerência</i>		
29 a 203	137,2	23,8
<i>Felicidade</i>		
4 a 28	19,7	5,0

Legenda:      DP – Desvio Padrão      SM – Salário mínimo      Hb (g/dl) – hemoglobina (g/dL)  
                   PTHi – hormônio paratormônio (pg/mL)      Kt/V – índice de adequação em diálise

Fonte: A autora, 2018

## 9.2 TEMPO 1: ANÁLISE MULTIVARIADA, REGRESSÃO LINEAR EM VÁRIAS ETAPAS, COM E SEM MEDIAÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA

Ao tentar explicar a *Felicidade* no T1 usando a Religiosidade, a RI se mostrou significativa e a RP foi marginalmente significativa. Vê-se ainda que Religiosidade não foi significativa para explicar o SC, mas SC foi significativa para explicar *Felicidade* em T1. Por fim, testando-se a mediação pelo SC, vê-se que a RI tem um pouco diminuída sua força de associação com Felicidade, mas se mantém com significância estatística (Tabela 4).

Tabela 4 – Resumo das análises – Análise Multivariada - Regressão linear sem e com mediação do SC

Análise	Variável dependente / Fator	Coeficiente B	Sig.	95% Intervalo de confiança para $\beta$	
				Limite inferior	Limite superior
1	<i>Felicidade T1</i>				
	Religiosidade organizacional	0,328	0,231	-0,210	0,866
	Religiosidade privada	0,511	0,055	-0,010	1,032
	Religiosidade intrínseca	<b>0,469</b>	<b>0,003</b>	0,165	0,773
2	<i>Senso de coerência</i>				
	Religiosidade organizacional	2,365	0,071	-0,209	4,938
	Religiosidade privada	1,171	0,363	-1,367	3,709
	Religiosidade intrínseca	1,270	0,103	-0,262	2,801
3	<i>Felicidade T1</i>				
Senso de coerência	<b>0,117</b>	<b>0,000</b>	0,087	0,148	
4	<i>Felicidade T1</i>				
	Religiosidade organizacional	0,082	0,727	-0,382	0,546
	Senso de coerência	<b>0,117</b>	<b>0,000</b>	0,086	0,148
	Religiosidade privada	0,403	0,077	-0,044	0,850
	Senso de coerência	<b>0,116</b>	<b>0,000</b>	0,086	0,146
	Religiosidade intrínseca	<b>0,327</b>	<b>0,017</b>	0,060	0,595
	Senso de coerência	<b>0,112</b>	<b>0,000</b>	0,082	0,143

Nota: Foi feito o controle por variáveis sociodemográficas e clínicas

Fonte: A autora, 2018

### 9.3 TEMPO 2

Tivemos uma perda de 63 pacientes no seguimento do T1 para o T2. O T2 teve 98 participantes. Os motivos das perdas estão ilustrados na Tabela 5.

Tabela 5 – Motivos das perdas

<b>Desfecho</b>	<b>Casos (n)</b>	<b>%</b>
Falecimento	19	30,2
Perda	6	25,4
Transplante	12	19,0
Recusa	5	7,9
Incompleto	4	6,3
Mudou de cidade	3	4,8
Demenciou/confuso	2	3,2
Teve AVC	1	1,6
Internado	1	1,6
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora, 2018

#### 9.4 PERFIL E EVOLUÇÃO DA RELIGIOSIDADE E FELICIDADE

Ao se comparar as variáveis Religiosidade e *Felicidade* em T1 e T2, verifica-se o aumento em todas as variáveis, excetuando-se a RO. Entretanto, percebe-se a diferença significativa apenas para a RI e a *Felicidade*. Para RP, aproximou-se da significância. Foi utilizado o teste t para amostras pareadas (Tabela 6).

Tabela 6 – Comparação T1 e T2. Teste t para amostras pareadas

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>	<b>Sig</b>
<i>Religiosidade organizacional</i>				
T1	4,20	1,66	97	0,168
T2	3,98	1,71	97	
<i>Religiosidade privada</i>				
T1	4,12	1,75	97	0,066
T2	4,44	1,57	97	
<i>Religiosidade intrínseca</i>				
T1	12,85	2,84	96	<b>0,001</b>
T2	13,66	2,33	96	
<i>Felicidade</i>				
T1	19,38	4,99	96	<b>0,051</b>
T2	20,35	4,72	96	

Fonte: A autora, 2018

## 9.5 TEMPO 2: ANÁLISE MULTIVARIADA – REGRESSÃO LINEAR EM VÁRIAS ETAPAS, SEM MEDIAÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA

Ao tentar explicar a *Felicidade* no T2, bem como a variação da *Felicidade* entre T1 e T2, usando como variáveis explicativas a Religiosidade no T1 a variação da Religiosidade entre T1 e T2, todas as variáveis se mostraram não significantes ao nível de 5% (Tabela 7).

Tabela 7 – Resumo das análises – Regressão linear - sem a mediação do senso de coerência

Análise	Variável dependente	Coeficientes B	Sig.	95% Intervalo de confiança $\beta$	
				Limite inferior	Limite superior
1	<i>Felicidade T2</i>				
	Religiosidade organizacional T1	0,493	0,141	-0,167	1,153
	Religiosidade privada T1	0,164	0,595	-0,448	0,776
	Religiosidade intrínseca T1	0,157	0,384	-0,200	0,514
2	<i>Delta da Felicidade</i>				
	Religiosidade organizacional T1	-0,042	0,907	-0,745	0,662
	Religiosidade privada T1	-0,019	0,952	-0,661	0,623
	Religiosidade intrínseca T1	-0,202	0,284	-0,574	0,170
3	<i>Felicidade T2</i>				
	Delta religiosidade organizacional	-0,016	0,961	-0,650	0,619
	Delta religiosidade privada	0,075	0,797	-0,505	0,655
	Delta religiosidade intrínseca	0,173	0,444	-0,275	0,621
4	<i>Delta da Felicidade</i>				
	Delta religiosidade organizacional	-0,261	0,437	-0,927	0,405
	Delta religiosidade privada	-0,096	0,754	-0,704	0,511
	Delta religiosidade intrínseca	-0,060	0,802	-0,534	0,414

Nota: Foi feito o controle por variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais.

Fonte: A autora, 2018



## 9.6 ANÁLISE MULTIVARIADA: REGRESSÃO LINEAR EM VÁRIAS ETAPAS, SEM MEDIAÇÃO DO SENSO DE COERÊNCIA

Ao tentar explicar a *Felicidade* no T2, usando como variáveis explicativas a Religiosidade no T2, sem a mediação pelo SC, vê-se que todas as variáveis se mostraram não significantes ao nível de 5% (Tabela 8).

Tabela 8 – Resumo das análises – sem mediação do senso de coerência

Análise	Variável dependente	Coeficientes B	Sig.	95% Intervalo de confiança $\beta$	
				Limite inferior	Limite superior
9	<i>Felicidade em T2</i>	0,594	0,056	-0,017	1,205
	Religiosidade organizacional T2	0,302	0,375	-0,371	0,975
	Religiosidade privada T2	0,356	0,119	-0,093	0,805
	Religiosidade intrínseca T2	0,594	0,056	-0,017	1,205

Nota: Foi feito o controle por variáveis sociodemográficas e clínicas.

Fonte: A autora, 2018

Como não houve associação entre religiosidade e felicidade no T2, a análise com mediação do SC não foi realizada.

## 10 DISCUSSÃO

Segundo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a investigar os níveis de *Felicidade* e SC entre pacientes com DRC, bem como investigar o possível papel mediador do SC e o impacto da R/E sobre os indicadores de saúde e *Felicidade*. Assim, para comparar nossos dados com a literatura, frequentemente faremos referência a estudos com amostras (ex.: portadores de outras doenças crônicas) ou desfechos (ex.: QV) relacionados, mas não necessariamente os mesmos do presente estudo.

### 10.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Inicialmente, comparamos o perfil da nossa amostra com dados recentes de um levantamento nacional brasileiro e, em termos sociodemográficos, idade, cor, sexo, escolaridade, estado civil e faixa de renda, a nossa amostra se assemelha à população de pacientes em diálise (SESSO et al., 2017).

Foi identificado grave prejuízo ocupacional, pois 88,2% são aposentados ou afastados e apenas 3,1% trabalham, apesar de 70,2% da população estudada ter menos de 65 anos. O alto nível de comprometimento ocupacional evidencia a gravidade e repercussão sobre o desempenho global imposto pela doença. Cruz et al. (2016), realizaram um estudo qualitativo em uma amostra brasileira avaliando pacientes aposentados por invalidez, que estavam em tratamento hemodialítico e trabalhavam de maneira informal. Para os participantes da pesquisa a manutenção do trabalho preservava, em parte, a *normalidade* da vida, uma modificação menor da rotina, além da preservação da identidade, saúde psíquica, dignidade e independência. Diante disso, podemos observar que os dados de nossa pesquisa evidenciam a gravidade e repercussão sobre o desempenho global imposto pela doença, bem como a ausência de políticas de trabalho inclusivo para portadores de DRC. Tais políticas poderiam proporcionar aumento da autoestima, da renda e redução do ônus para a previdência social.

Pacientes com DRC apresentam frequentemente comorbidades, notadamente cardiovasculares. A própria DRC é frequentemente causada por *diabetes melito* e hipertensão arterial e associada à evolução e progressão de doenças cardiovasculares pré-existentes como doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2013). A escolha das variáveis clínicas (quantidade de comorbidades) e laboratoriais (hemoglobina, Kt/V e PTHi) se deveu às associações com morbidade e mortalidade descritas.

Em um grande estudo brasileiro de coorte prospectivo multicêntrico, ao se avaliar a QV de pacientes em diálise peritoneal, observou-se que a hemoglobina esteve relacionada negativamente à pior QV (GRINCENKOV et al., 2011). Uma correlação semelhante foi realizada com o objetivo de comparar a QV de pacientes com DRC (antes da terapia renal substitutiva), pacientes em hemodiálise e de um grupo controle saudável, correlacionando-se os níveis de hemoglobina. No modelo de análise multifatorial, o nível de hemoglobina associou-se positivamente com maiores escores de QV mental e física ( $p < 0,05$ ) para vários domínios das escalas, exceto dor (PERLMAN et al., 2005). Ressalta-se que a qualidade da diálise está associada ao bem-estar, diminuição da fadiga e, é bem determinado, que o índice de qualidade de diálise medido pelo Kt/V semana de ureia em diálise peritoneal e o Kt/V de ureia por sessão de diálise em hemodiálise são associados à menor mortalidade (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2013).

O SC apresentado pelos participantes obteve uma média de 137,2 (DP = 23,8; intervalo de 63 a 191) e o valor máximo de 191, indicando altos níveis de SC. Estes dados foram semelhantes aos de outros estudos que avaliaram pacientes cardiopatas, média de 143,20 (DP = 24,9) (DANTAS, 2007; DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002) e de outras doenças crônicas, incluindo DRC (KRISTOFFERZON; ENGSTRÖM; NILSSON, 2018). Nesse último estudo foi utilizada a versão abreviada do questionário de SC, onde o valor 65,91 (DP = 12,43) indica altos níveis de SC.

A distribuição da filiação religiosa se aproxima à da população brasileira (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010) que é de maioria católica, seguida de evangélicos. Os que dizem ter alguma religião alcançam 91,2%, dado semelhante à população brasileira que é de 92%, segundo Censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) e aos dados mundiais que são de

aproximadamente 84% (PEW RESEARCH CENTER'S RELIGION & PUBLIC LIFE, 2012).

Os dados da DUREL, sobre o envolvimento religioso, encontrados neste estudo também se assemelham aos de um estudo brasileiro de amostra clínica (pacientes internados em hospitais gerais de Juiz de Fora/MG) e não clínica (seus acompanhantes). Na comparação entre os dois estudos encontramos os seguintes valores, sendo o primeiro valor o desta pesquisa: RO (4,1 vs 4,0); RP (4,3 vs 4,4); e RI (12,9 vs 12,9) (CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015). Ao analisarmos os dados podemos dizer que a população de DRC investigada possui altos níveis de envolvimento religioso e espiritual, o que reforça a importância de se avaliar o impacto da R/E na vida destes indivíduos.

Nossos dados da EFS, níveis de *Felicidade* (19,7), são semelhantes aos da amostra não clínica brasileira (20,1), quando comparados (DAMÁSIO; ZANON; KOLLER, 2014).

## 10.2 PREDITORES DE FELICIDADE

Um achado inesperado foi a não correlação de variáveis clínicas e laboratoriais com a *Felicidade*. Podemos afirmar que as variáveis clínicas objetivas têm, muitas vezes, uma relação mais frágil do que se imagina com avaliações subjetivas do paciente sobre o seu estado de saúde e seu nível de bem-estar (JESTE; PALMER, 2015). Uma metanálise reportou uma associação significativamente positiva entre espiritualidade e percepção de QV, incluindo bem-estar e satisfação com a vida (SAWATZKY; RATNER; CHIU, 2005). Outros estudos mostram que as crenças religiosas e espirituais estão associadas à diminuição da percepção da carga da doença, diminuição do nível de depressão e maior percepção da QV, em uma população com DRC, como no trabalho de Lucchetti et al. (2012) e Wechpradit, Thaiyuenwong e Kanjanabuch (2011). Entretanto, as razões para este efeito benéfico ainda não são bem claras.

Uma possível explicação que justifique o motivo de, no nosso estudo, a RP ter sido marginalmente associada positivamente e a RO não ter sido associada com *Felicidade*, pode estar no fato de que a RP, especialmente oração, é muito utilizada

como estratégia de *coping* frente às limitações, dores crônicas e saúde (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2008). Em uma metanálise, foi avaliada a relação entre oração/prece e índices de saúde. Encontrou-se que a realização de prece/oração pode ser advinda de uma série de elementos, tais como *coping*, hábito, etc. O aumento do número de vezes que uma pessoa reza pode indicar melhor suporte físico, psicológico e espiritual. Todavia, pode sugerir, também, foco no problema, transmissão de responsabilidade das soluções para o divino, etc. De outra forma, a variável RO, pode perder a importância para as pessoas com doenças mais incapacitantes, pois as mesmas apresentam maior dificuldade em conseguir participar de forma efetiva de suas atividades religiosas organizacionais. A alta frequência ao templo religioso pode não estar associado a um melhor índice de bem-estar espiritual, e, sim, à necessidade de suporte social (MASTERS; SPIELMANS, 2007).

A RI apresentou associação significativamente estatística com *Felicidade* e a RP marginalmente significativa, ambas de modo positivo. Em uma amostra semelhante de pacientes crônicos, 145 indivíduos com esclerose múltipla, avaliou-se a relação entre a crença religiosa e o desfecho de saúde positiva e a RI teve correlação positiva estatisticamente significativa com saúde mental (VIZEHFAR; JABERI, 2017). Demais estudos encontraram que o efeito *buffering* da religiosidade tende a ser mais forte entre as populações sob estresse, como adultos mais velhos que estão doentes, aqueles que estão incapacitados ou em situação de pobreza (KOENIG; KING; CARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Em geral, há um reconhecimento de que a R/E pode ser utilizada como estratégia de enfrentamento para lidar com os desafios da DRC. Vários estudos encontraram que, nos pacientes com DRC, a R/E está associada à diminuição da percepção do impacto negativo da doença, à menor depressão, ao aumento da busca pelo suporte social e à maior qualidade e satisfação de vida (DAVISON; JHANGRI, 2013; KIMMEL et al., 2003; LUCCHETTI et al., 2012; WECHPRADIT; THAIYUENWONG; KANJANABUCH, 2011). Evidências na literatura também apontam uma associação usualmente positiva entre os níveis de envolvimento religioso e os maiores níveis de afeto positivo como bem-estar, otimismo e felicidade (KOENIG; KING; CARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; SAHRAIAN et al., 2013).

Assim como a RI, o SC também é largamente reconhecido por ser um constructo que auxilia o indivíduo no enfrentamento dos impactos negativos, ocasionados pelas doenças, e é um indicador de maiores níveis de bem-estar. Na nossa pesquisa, o SC foi estatisticamente significativo para explicar *Felicidade*.

Foi realizada uma metanálise de SC e vários tipos de doenças em dezenas de países e em várias condições clínicas (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006). Os resultados importaram que o SC está associado positivamente à QV de pacientes que sobreviveram à parada cardiorrespiratória e ao câncer (DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002; MOTZER; STEWART, 1996; POST-WHITE et al., 1996); negativamente à ansiedade (KAISER et al., 1996; MOKSNES; ESPNES; LILLEFJELL, 2012) e depressão (PALLANT; LAE, 2002), além de estar associado com a satisfação com a vida (HORSBURGH; RICE; MATUK, 1998) e bem-estar subjetivo (PALLANT; LAE, 2002).

### 10.3 MECANISMOS DO IMPACTO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE SOBRE A FELICIDADE

Apesar de já estar bem estabelecido que a R/E habitualmente está associada com os indicadores de saúde e de bem-estar, uma das grandes lacunas atuais é a identificação dos mecanismos que medeiam tal associação (HILL; PARGAMENT, 2003; MOREIRA-ALMEIDA, 2013). Mesmo encontrando vários estudos, os achados de pesquisas longitudinais, em amostras de renais crônicos ainda são escassos.

No presente estudo hipotetizamos que o SC seria mediador da relação entre a R/E e a *Felicidade*, o que foi confirmado no corte transversal. Nossos dados apontam que existe uma associação entre a RI e a *Felicidade* tendo o SC como mediador parcial dessa relação sobre os níveis de felicidade entre os pacientes em hemodiálise.

A R/E se associou com a *Felicidade* no corte transversal e não no longitudinal. Uma das possíveis explicações para esse achado é a de que as perdas de seguimento, que representam quase 40% da amostra, tenham gerado algum tipo de viés (p. ex: os menos religiosos e menos felizes eram mais frequentes entre as

perdas, como morte ou piora significativa do quadro clínico que os impedissem de participar da pesquisa).

Encontramos um aumento estatisticamente significativo da RI e Felicidade ao longo do período de T1 para T2. Nossos dados apontam que, ao compararmos a R/E e a *Felicidade* em T1 e T2, os pacientes ficaram mais felizes (19,38 vs 20,35) e com uma maior pontuação na RI (12,85 vs 13,66). É importante ressaltar que a população estudada já estava em diálise há pelo menos um ano e, conforme a literatura aborda, o tempo de adaptação inicial às doenças crônicas já não se torna tão impactante (KIMMEL; PETERSON, 2006).

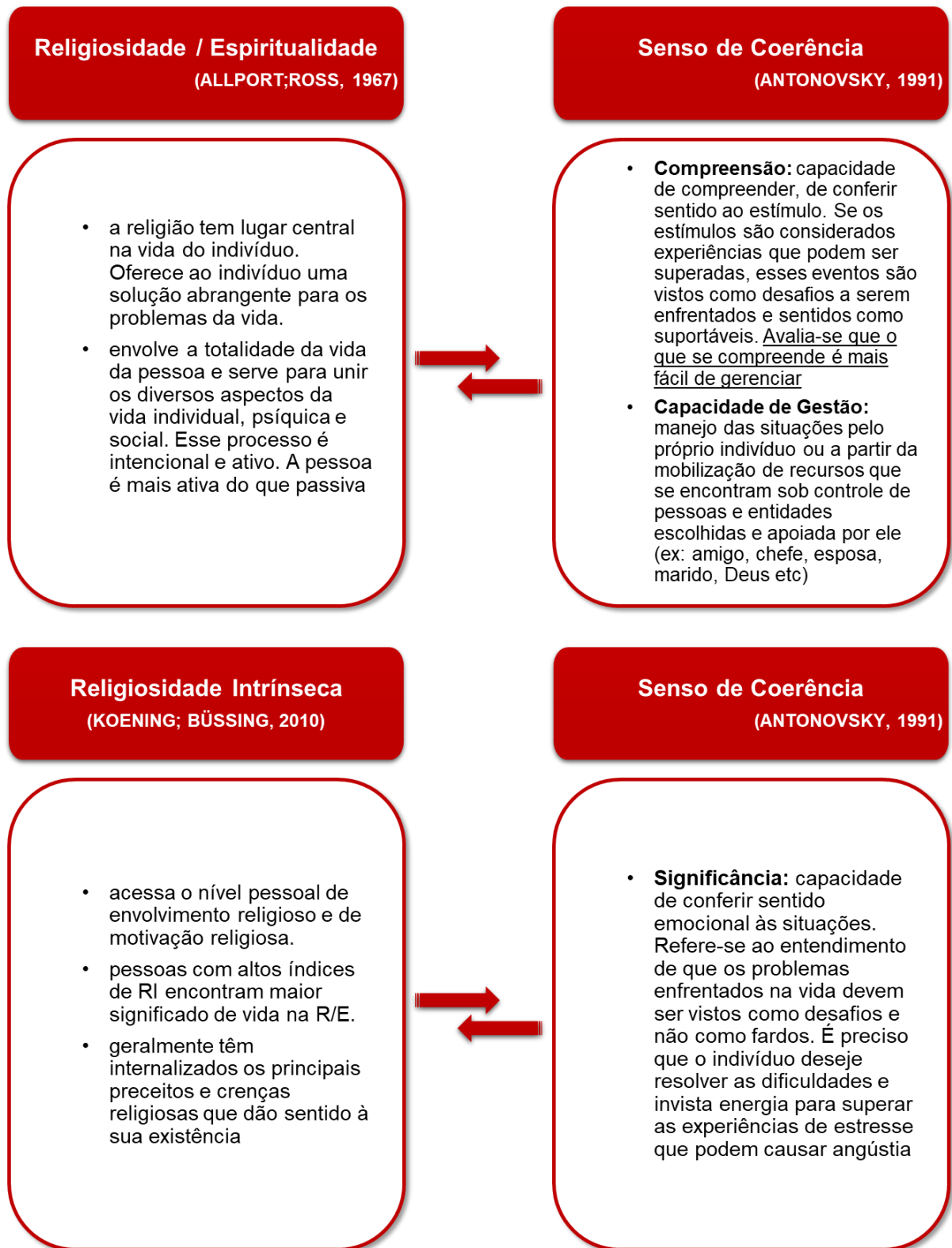
Numerosos estudos já mostraram menores escores de QV relacionada à saúde física e mental em pacientes em diálise, em comparação com a população geral (DEOREO, 1997; MAZAIRAC et al., 2011). No entanto, a quantidade de pesquisas com desenho longitudinal, de acompanhamento exclusivo com pacientes em hemodiálise, não é vasta. Encontramos um estudo longitudinal que acompanhou uma amostra de pacientes advindos de seis centros de diálise do sudeste dos Países Baixos e do nordeste da Bélgica, com seguimento de um ano. A QV foi avaliada no período pré-diálise e um ano após o início. Não foram observadas mudanças significativas na QV (BROERS et al., 2018). Resultados parecidos foram encontrados em outros estudos com amostras semelhantes, onde não houve alteração estatisticamente significativa nos níveis de QV, no recorte longitudinal (MAZAIRAC et al., 2011; WU et al., 2004).

Um das possíveis explicações para a diferença de nossos achados é que a RI e o SC são fatores protetores e promotores de saúde positiva. Nesta pesquisa os achados mostraram que o SC influencia a *Felicidade* e parece ter efeito mediador parcial quando associado à RI, prevendo *Felicidade*. Além destes achados, no desenho longitudinal (T1 para T2), obteve-se um aumento na pontuação da RI e da *Felicidade*, conforme mencionado anteriormente.

O objetivo de tentar entender o porquê de a R/E poder influenciar nas emoções positivas é o nosso desafio. Comumente, a R/E pode influenciar a *Felicidade* por duas maneiras: diretamente (ex: crenças ou atividades que estimulem a felicidade) ou indiretamente, afetando outras características conhecidas que influenciam a felicidade.

Analisando o significado da RI e do SC, destacamos alguns pontos em comum (Figura 3).

Figura 3 – Pontos comuns entre religiosidade e senso de coerência





Assim como na teoria do SC, na psicologia também há um campo teórico de investigação voltado para a saúde, emoções positivas, bem-estar e felicidade, nomeado *Psicologia Positiva*. Essa abordagem, segundo Averill (2002), não pressupõe a ausência de sofrimento, mas o engajamento ativo no mundo, o sentido e o propósito na vida, a conexão com pessoas e objetos além de si mesmos. Experiências positivas são temas centrais que se pretende construir e avançar no conhecimento sobre os aspectos virtuosos e positivos de como a esperança, a criatividade, a sabedoria, a felicidade e a espiritualidade podem atuar como fatores protetores e preventivos (PALUDO; KOLLER, 2007).

Ao se discutir sobre o tema *Espiritualidade* não se pode deixar de abordar a transcendência e as virtudes humanas, conceitos abarcados pelas mais diferentes religiões. Peterson e Seligman (2004), estudiosos da Psicologia Positiva, ao buscar identificar quais os comportamentos virtuosos eram universalmente valorizados, analisaram textos básicos de grande parte das religiões e tradições filosóficas orientais e ocidentais. Entre as 200 fontes pesquisadas estavam Aristóteles, Platão, São Tomás de Aquino, Santo Agostinho, o Velho Testamento e o Talmude, Confúcio, Buda, Lao-Tze, o Bushido (o código samurai), o Corão, Benjamin Franklin e os Upanishads. Ao final desta exaustiva investigação, os autores identificaram seis valores humanos centrais, virtudes que têm sido valorizadas pela civilização humana ao longo de 3.000 anos de história: sabedoria, coragem, humanidade, justiça, temperança e transcendência.

Transcendência é a crença de que há um sentido ou propósito maior do que si mesmo. É aquilo que faz lembrar o quão pequeno se é, mas ao mesmo tempo eleva, tirando o indivíduo de um sentido de completa insignificância (PETERSON; SELIGMAN, 2004). Uma das forças de caráter que conduzem à virtude da transcendência é a espiritualidade.

#### 10.4 INTERVENÇÕES NOS PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Impactar a QV dos pacientes é complexo e oneroso. Entretanto, em se tratando de R/E, temos com o próprio paciente as condições necessárias para sua transformação, bastando iniciativas simples. O estímulo à frequência religiosa em sua

denominação e o aprofundamento da vida espiritual que caracteriza a RI, pode impactar a vida dos pacientes (KOENIG; GEORGE; PETERSON, 1998; VANDERWEELE, 2017).

O que ainda se resente é de uma estrutura teórica para entender como a R/E, entre outras variáveis, que são rotineiramente estudadas como preditoras de saúde e felicidade, exercem efeito sobre a saúde. E foi visando esta lacuna teórica que debruçamos nosso trabalho, para começarmos a entender como e por que a R/E é positivamente associada aos maiores níveis de saúde.

Identificar e apoiar estratégias de enfrentamento religioso e fomentar a utilização de recursos religiosos e espirituais, para o melhor enfrentamento da DRC, podem ser estratégias eficazes. Tendo em vista o vasto reconhecimento que a R/E e o SC impactam positivamente os níveis de saúde e a ausência do impacto nas variáveis clínicas e laboratoriais sobre estes desfechos de saúde positiva, podemos aventar que intervenções terapêuticas abordando aspectos religiosos e espirituais se fazem importantes.

Dados apontam que a R/E e o SC podem ser alvos de intervenções psicossociais para abordar esses desfechos na DRC, como programas psicoeducacionais e psicoterapia (GONÇALVES et al., 2015; SELIGMAN, 2002). Em uma ampla revisão, intervenções religiosas/espirituais avaliaram a ocorrência de alteração dos níveis de SC dos participantes e algumas intervenções mostraram eficácia. Entretanto, um melhor desenho metodológico, com uma análise mais refinada de dados qualitativos e quantitativos, dentre os mais diversos tipos de intervenção, faz-se necessário (JESERICH, 2013).

O SC é determinado por fatores genéticos e influenciado por circunstâncias históricas e culturais, onde a pessoa cresce e é socializada. A formação do SC é mais um processo de enculturação do que um desenvolvimento psicológico individual. Antonosky (1987) considerou que as pessoas com SC moderado ou baixo tendem a mover-se para níveis mais baixos ao longo do tempo e o contrário também é verdadeiro, ou seja, os indivíduos com alto SC sentem uma tendência a estabilizar ou aumentar o SC. Uma das características do SC, o significado, que ele nomeou como o componente motivacional seria o responsável em aumentar os outros componentes. Uma mudança profunda e duradoura no SC só seria possível se ocorressem circunstâncias internas e externas transformadoras, que proporcionassem um novo padrão de experiências de vida (ANTONOVSKY, 1987; ARNOLD, 2007).

Geralmente existe um consenso de que experiências religiosas/espirituais podem ser fontes expressivas de significado na vida. Então, podemos debater a ideia de que ao fomentarmos a R/E dos indivíduos estaríamos aumentando seu significado de vida e, conseqüentemente, seu SC, proporcionando melhor saúde.

Para o aumento da *Felicidade* vários estudos foram realizados na literatura atual e, dentre eles, as intervenções baseadas na R/E. Há evidências de que simplesmente coletar uma história espiritual do paciente, mesmo que curta (dois a cinco minutos), está associada com a maior satisfação com o tratamento e a QV (KRISTELLER et al., 2005). A história espiritual tem sido reconhecida como uma maneira prática e relativamente simples de integrar a espiritualidade na assistência ao paciente (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Outro modelo, é a promoção de emoções positivas dentro de um processo de intervenção baseada na R/E. Um exemplo é o da Terapia Cognitivo-Comportamental, baseada em intervenções religiosas e espirituais, cujo objetivo é a promoção de emoções positivas utilizando estratégias que sejam coerentes com a vida de um paciente religioso. Pode-se pedir ao paciente que faça uma lista dos porquês que o fazem grato a Deus, quais as dificuldades que já enfrentou na vida que atribui a Deus sua vitória, uma lista de pessoas importantes e em que elas ajudaram, etc. (KOENIG et al., 2016; SIQUEIRA; CURCIO; MOREIRA-ALMEIDA, 2016).

O foco em aspectos da espiritualidade e da religiosidade, como a devoção pessoal, tem o potencial de levar a resultados positivos, independentemente da meta clínica. Além disso, a adição de intervenções mente-corpo, como meditação e relaxamento, pode aumentar a saúde fisiológica e /ou funcional dos pacientes.

Conforme visto no decorrer deste trabalho, vários são os preditores e influenciadores na felicidade e, conseqüentemente, na vida do indivíduo. Um deles pode ser a R/E.

## 11 LIMITAÇÕES

Apesar de se tratar de um estudo prospectivo observacional, possuir amostra de bom tamanho e utilizar de instrumentos consagrados internacionalmente, possui limitações. As inferências causais do efeito da R/E e do SC sobre a *Felicidade* devem ser feitas com cautela. Como são achados pioneiros é importante que outros autores tentem replicá-los em diferentes contextos. Recomenda-se também prudência na generalização dos achados. Trata-se de um estudo realizado no Brasil, onde a população apresenta um alto nível de religiosidade (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010). Cuidados devem ser tomados ao generalizar estes resultados para outros contextos. Entretanto, o perfil clínico e sociodemográfico de nossa amostra é semelhante ao de estudos realizados em outros países e no Brasil, e os impactos da R/E sobre a saúde têm sido replicados em uma ampla gama de contextos socioculturais e geográficos (PEREIRA et al., 2016; SAFFARI et al., 2013).

## 12 CONCLUSÃO

Em resumo, o presente estudo, pela primeira vez, investigou de modo longitudinal as relações entre a R/E e a *Felicidade* em pacientes em hemodiálise. Encontramos que a RI se relaciona com a *Felicidade* desses pacientes e que essa associação é explicada parcialmente pelo SC. Vale notar que nenhuma variável sociodemográfica, clínica ou laboratorial se associou com os níveis de felicidade dos pacientes. Tendo em vista a crescente valorização e atenção para o bem-estar e a QV dos pacientes em DRC, a R/E e o SC devem ser melhor investigados como possíveis componentes de intervenções psicossociais que, em conjunto com a terapia medicamentosa e renal substitutiva, possa promover uma sobrevida de melhor qualidade.

## REFERÊNCIAS

ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 5, n. 4, p. 432–443, 1967.

ANTONOVSKY, A. Personality and health: Testing the sense of coherence model. In: FRIEDMAN, H. S. **Personality and disease**. Oxford: John Wiley & Sons, 1990. p. 155–177. (Wiley series on health psychology/behavioral medicine).

ANTONOVSKY, A. The structural sources of salutogenic strengths. In: COOPER, C. L.; PAYNE, R. **Personality and stress: Individual differences in the stress process**. Wiley series on studies in occupational stress. Oxford: John Wiley & Sons, 1991. p. 67–104.

ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well**. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Martin Claret, 2011. (Coleção A Obra Prima de cada Autor).

ARNOLD, R. W. **Sense of coherence, spiritual maturity, and psychological well-being among United Methodist Clergy**. 2007. 77 f. Doctoral Thesis (Philosophy) – University of Florida, Gainesville, 2007.

AVERILL, J. Emotional creativity: toward “spiritualizing the passions”. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. **Handbook of Positive Psychology**. Oxford: Oxford University Press, 2002. p. 172–187.

BASTOS, M. G. et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 202–215, 2004.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93–108, 2011.

BRAGAZZI, N. L.; DEL PUENTE, G. Chronic kidney disease, spirituality and religiosity: a systematic overview with the list of eligible studies. **Health Psychology Research**, Pavia, v. 1, n. 2, p. e26, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768585/>>. Acesso em: 15 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082

BROERS, N. J. H. et al. Health-related quality of life in end-stage renal disease patients: the effects of starting dialysis in the first year after the transition period. **International Urology and Nephrology**, Amsterdam, v. 50, n. 6, p. 1131–1142, 2018.

BROUWERS, F. P.; VAN GILST, W. H.; VAN VELDHUISEN, D. J. The changing face of heart failure: are we really making progress? **European Journal of Heart Failure**, Amsterdã, v. 15, n. 9, p. 960–962, 2013.

CAMPBELL, A. **The sense of well-being in America**: Recent patterns and trends. New York: McGraw-Hill, 1981.

CARRONDO, E. M. **Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança**: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogênico. 2006. 298 f. Tese (Doutorado em Currículo e Supervisão em Educação Básica – Universidade do Minho, Braga, 2006).

CLONINGER, C. R. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. **World Psychiatry**, Milan, v. 5, n. 2, p. 71–76, 2006.

CLONINGER, C. R.; ZOHAR, A. H. Personality and the perception of health and happiness. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 128, n. 1–2, p. 24–32, 2011.

CORRÊA, A. A. M. et al. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 157–164, 2011.

CRUZ, V. F. E. S.; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOCKE, A. C. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1050–1063, 2016.

CURCIO, C. S. S.; LUCCHETTI, G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in clinical and non-clinical samples. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 54, n. 2, p. 435–448, 2015.

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

DAMÁSIO, B. F.; ZANON, C.; KOLLER, S. H. Validación y propiedades psicométricas de la versión brasileña de la Escala de Felicidad Subjetiva. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 13, n. 1, p. 17–24, 2014.

DANNER, D. D.; SNOWDON, D. A.; FRIESEN, W. V. Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 80, n. 5, p. 804–813, 2001.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 115 f. Tese (Livre-Docência) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DANTAS, R. A. S.; MOTZER, S. A.; CIOL, M. A. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 39, n. 7, p. 745–755, 2002.

DAVISON, S. N.; JHANGRI, G. S. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 45, n. 2, p. 170–178, 2013.

DELLE FAVE, A. et al. The eudaimonic and hedonic components of happiness: qualitative and quantitative findings. **Social Indicators Research**, Boston, v. 100, n. 2, p. 185–207, 2011.

DEOREO, P. B. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. **American Journal of Kidney Diseases**, Philadelphia, v. 30, n. 2, p. 204–212, 1997.

DIENER, E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. **The American Psychologist**, Washington, v. 55, n. 1, p. 34–43, 2000.

DIENER, E. et al. Subjective well-being: three decades of progress. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 125, n. 2, p. 276–302, 1999.

DIENER, E.; CHAN, M. Y. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, Malden, v. 3, n. 1, p. 1–43, 2011.



DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; GONÇALVES-KOBUS, L. S. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 199–212, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/816>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 61, n. 11, p. 938–944, 2007.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 60, n. 5, p. 376–381, 2006.

FAYER, A. A. M. **Repercussões psicológicas da doença renal crônica: comparação entre pacientes que iniciam o tratamento hemodialítico após ou sem seguimento nefrológico prévio**. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FAYER, A. A. M.; NASCIMENTO, R. A.; ABDULKADER, R. C. M. Humanização do atendimento em nefrologia. In: CRUZ, J. et al. **Atualidades em nefrologia**. São Paulo: Sarvier, 2008. v. 10. p. 10–15.

FELDT, T. et al. Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: prospective evidence from the population-based HeSSup study. **Quality of Life Research**, Houten, v. 16, n. 3, p. 483–493, 2007.

FINKELSTEIN, F. O. et al. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. **Nephrology, Dialysis, Transplantation**, Oxford, v. 22, n. 9, p. 2432–2434, 2007.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33–38, 2000.

FREDRICKSON, B. L. The role of positive emotions in positive psychology. **The American Psychologist**, Washington, v. 56, n. 3, p. 218–226, 2001.

GEORGE, L. K.; ELLISON, C. G.; LARSON, D. B. Explaining the relationships between religious involvement and health. **Psychological Inquiry**, Mahwah, v. 13, n. 3, p. 190–200, 2002.

GONÇALVES, J. P. B. et al. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychological Medicine**, London, v. 45, n. 14, p. 2937–2949, 2015.

GRINCENKOV, F. R. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes incidentes em diálise peritoneal no Brasil (BRAZPD). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 38–44, 2011.

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. **The American Psychologist**, Washington, v. 58, n. 1, p. 64–74, 2003.

HORSBURGH, M. E.; RICE, V. H.; MATUK, L. Sense of coherence and life satisfaction: patient and spousal adaptation to home dialysis. **ANNA Journal**, Pitman, discussion 229-230. v. 25, n. 2, p. 219–228, abr. 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010.

INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY. KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management in Chronic Kidney Disease. **Kidney International Supplements**, New York, v. 3, n. 3, p. 259–305, 2013.

JEBB, A. T. et al. Happiness, income satiation and turning points around the world. **Nature Human Behaviour**, London, v. 2, n. 1, p. 33–38, 2018.

JESERICH, F. Can sense of coherence be modified by religious/spiritual interventions?: A critical appraisal of previous research. **Interdisciplinary Journal of Research on Religion**, Waco, v. 9, 2013. Disponível em: <[http://www.religjournal.com/articles/article\\_view.php?id=73](http://www.religjournal.com/articles/article_view.php?id=73)>. Acesso em: 11 ago. 2017.

JESTE, D. V. Mental health and the 2012 US election. **Lancet**, London, v. 380, n. 9849, p. 1206–1208, 2012.

JESTE, D. V.; PALMER, B. W. **Positive psychiatry**: a clinical handbook. Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2015.

KAHNEMAN, D. et al. Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. **Science**, New York, v. 312, n. 5782, p. 1908–1910, 2006.

KAISER, C. F. et al. A conservation of resources approach to a natural disaster: Sense of coherence and psychological distress. **Journal of Social Behavior & Personality**, San Rafael, v. 11, n. 3, p. 459–476, 1996.

KARLSSON, I.; BERGLIN, E.; LARSSON, P. A. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery--a longitudinal study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 31, n. 6, p. 1383–1392, 2000.

KIMMEL, P. L. et al. Depression in end-stage renal disease patients: a critical review. **Advances in Chronic Kidney Disease**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p. 328–334, 2007.

KIMMEL, P. L. et al. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. **American Journal of Kidney Diseases**, Philadelphia, v. 42, n. 4, p. 713–721, 2003.

KIMMEL, P. L.; PETERSON, R. A. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. **Seminars in Dialysis**, Cambridge, v. 18, n. 2, p. 91–97, 2005.

KIMMEL, P. L.; PETERSON, R. A. Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: has the time to treat arrived? **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, Washington, v. 1, n. 3, p. 349–352, 2006.

KOENIG, H. G. et al. Effects of religious vs. standard cognitive behavioral therapy on therapeutic alliance: A randomized clinical trial. **Psychotherapy Research**, London, v. 26, n. 3, p. 365–376, 2016.

KOENIG, H. G. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN psychiatry**, Cairo, v. 2012, p. 278730, 2012.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, Basel, v. 1, n. 1, p. 78–85, 2010. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/2077-1444/1/1/78>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B. L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 155, n. 4, p. 536–542, 1998.

KOENIG, H. G.; KING, D.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Religion and health**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G.; PARKERSON, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 154, n. 6, p. 885–886, 1997.

KRISTELLER, J. L. et al. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, Farmingdale, v. 35, n. 4, p. 329–347, 2005.

KRISTOFFERZON, M.-L.; ENGSTRÖM, M.; NILSSON, A. Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. **Quality of Life Research**, Houten, v. 27, n. 7, p. 1855–1863, 2018.

LAWRENCE, E. M.; ROGERS, R. G.; WADSWORTH, T. Happiness and longevity in the United States. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 145, p. 115–119, 2015.

LINDSTRÖM, B.; ERIKSSON, M. Salutogenesis. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 59, n. 6, p. 440–442, 2005.

LONG, S. I. **Occupational stress in men and women**: a comparative study of coping resources. 2001. 195 f. Master Thesis (Psychology) – Rand Afrikaans University, Johannesburg, 2001. Disponível em: <[https://ujcontent.uj.ac.za/vital/access/manager/Repository/uj:14623;jsessionid=2F3DD176D7DD3FC8443721C4AFD2D47F?exact=sm\\_subject%3A%22Job+stress+for+men%22](https://ujcontent.uj.ac.za/vital/access/manager/Repository/uj:14623;jsessionid=2F3DD176D7DD3FC8443721C4AFD2D47F?exact=sm_subject%3A%22Job+stress+for+men%22)>. Acesso em: 15 jun. 2017.

LUCAS, R. E. et al. Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 84, n. 3, p. 527–539, 2003.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **Journal of Religion and Health**, New York, v. 51, n. 2, p. 579–586, 2012.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L. G. C.; GRANERO LUCCHETTI, A. L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 128–132, 2010.

LYUBOMIRSKY, S. Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. **The American Psychologist**, Washington, v. 56, n. 3, p. 239–249, 2001.

LYUBOMIRSKY, S.; KING, L.; DIENER, E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? **Psychological Bulletin**, Washington, v. 131, n. 6, p. 803–855, 2005.

LYUBOMIRSKY, S.; LAYOUS, K. How do simple positive activities increase well-being? **Current Directions in Psychological Science**, Thousand Oaks, v. 22, n. 1, p. 57–62, 2013.

LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H. S. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. **Social Indicators Research**, Boston, v. 46, n. 2, p. 137–155, 1999.

LYUBOMIRSKY, S.; SHELDON, K. M.; SCHKADE, D. Pursuing happiness: the architecture of sustainable change. **Review of General Psychology**, Washington, v. 9, n. 2, p. 111–131, 2005.

MARKS, G. N.; FLEMING, N. Influences and consequences of well-being among Australian Young people: 1980-1995. **Social Indicator Research**, Houten, v. 46, p. 301–323, 1999.

MARTIN, A. S.; HARMELL, A. L.; MAUSBACH, B. T. Positive psychological traits. In: JESTE, D. V.; PALMER, B. W. **Positive Psychiatry: a clinical handbook**. Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2015. p. 19–44.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670–676, 2005.

MASTERS, K. S.; SPIELMANS, G. I. Prayer and health: review, meta-analysis, and research agenda. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 30, n. 4, p. 329–338, 2007.

MAZAIRAC, A. H. A. et al. Changes in quality of life over time – Dutch haemodialysis patients and general population compared. **Nephrology Dialysis Transplantation**, Oxford, v. 26, n. 6, p. 1984–1989, 2011.

MITTELMARK, M. B. et al. **The handbook of salutogenesis**. Basel: Springer Nature Group, 2017.

MOKSNES, U. K.; ESPNES, G. A.; LILLEFJELL, M. Sense of coherence and emotional health in adolescents. **Journal of Adolescence**, London, v. 35, n. 2, p. 433–441, 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 12–15, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. suplemento 1, p. 3–4, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Religion and health: the more we know the more we need to know. **World Psychiatry**, Milan, v. 12, n. 1, p. 37–38, 2013.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Revisão: a importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 208–213, 2003.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. **Current Pain and Headache Reports**, Philadelphia, v. 12, n. 5, p. 327–332, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 176–182, 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242–250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; MELEIRO, A. M. A. S. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21–29, 2000.

MOTZER, S. U.; STEWART, B. J. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 19, n. 4, p. 287–298, 1996.

MYERS, D. G. The funds, friends, and faith of happy people. **The American Psychologist**, Washington, v. 55, n. 1, p. 56–67, 2000.

MYERS, D. G.; DIENER, E. The Scientific Pursuit of Happiness. **Perspectives on Psychological Science**, Thousand Oaks, v. 13, n. 2, p. 218–225, 2018.

MYERS, D. G.; DIENER, E. Who Is Happy? **Psychological Science**, New York, v. 6, n. 1, p. 10–19, 1995. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

NESBITT, B. J.; HEIDRICH, S. M. Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 23, n. 1, p. 25–34, 2000.

NILSSON, K. W. et al. Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 64, n. 4, p. 347–352, 2010.

NILSSON, L. A.; LINDSTRÖM, B. Learning as a health promoting process, the salutogenic interpretation of the Swedish curricula. **Internet journal for health promotion**, Manchester, v. 14, 1998. Disponível em: <<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hv:diva-5912>>. Acesso em: 10 maio 2018.

NUMBERS, R. L. **Galileo goes to jail and other myths about science and religion**. Cambridge: Harvard University Press, 2010.

PALLANT, J. F.; LAE, L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. **Personality and Individual Differences**, Oxford, v. 33, n. 1, p. 39–48, 2002.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 9–20, 2007.

PARGAMENT, K. I. et al. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, Storrs, v. 37, n. 4, p. 710, 1998.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, Brandon, v. 56, n. 4, p. 519–543, 2000.

PEREIRA, D. S. **Felicidade e significado**: um estudo sobre o bem-estar em profissionais da educação do estado de São Paulo. 2017. 158 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

PEREIRA, E. R. S. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 22–30, 2016.

PERLMAN, R. L. et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. **American Journal of Kidney Diseases**, Philadelphia, v. 45, n. 4, p. 658–666, 2005.

PETERSON, C.; SELIGMAN, M. E. P. **Character strengths and virtues: A handbook and classification**. New York; Washington: Oxford University Press; American Psychological Association, 2004.

PEW RESEARCH CENTER'S RELIGION & PUBLIC LIFE. **The global religious landscape**. Pew Research Center's Religion & Public Life Project. 2012. Disponível em: <<http://www.pewforum.org/2012/12/18/global-religious-landscape-exec/>>. Acesso em: 1 jul. 2017.

PIFF, P. K.; MOSKOWITZ, J. P. Wealth, poverty, and happiness: social class is differentially associated with positive emotions. **Emotion**, Washington, Epub ahead of print. 2017.

POST-WHITE, J. et al. Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 23, n. 10, p. 1571–1579, 1996. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/292006572\\_Hope\\_spirituality\\_sense\\_of\\_coherence\\_and\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_patients\\_with\\_cancer](https://www.researchgate.net/publication/292006572_Hope_spirituality_sense_of_coherence_and_quality_of_life_in_patients_with_cancer)>. Acesso em: 11 ago. 2018.

PRATHER, A. A. et al. Positive affective style covaries with stimulated IL-6 and IL-10 production in a middle-aged community sample. **Brain, Behavior, and Immunity**, Amsterdã, v. 21, n. 8, p. 1033–1037, 2007.

REPPOLD, C. T.; GURGEL, L. G.; SCHIAVON, C. C. Pesquisas em Psicologia Positiva: uma revisão sistemática da literatura. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 2, p. 275–285, 2015.

RIBEIRO, J. C. Georg Simmel, Pensador da Religiosidade Moderna. **Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, n. 2, p. 109–126, 2006.

RIZVI, M. A. K.; HOSSAIN, M. Z. Relationship Between Religious Belief and Happiness: A Systematic Literature Review. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 56, n. 5, p. 1561–1582, 2017.



ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 3 suplemento 1, p. 1–3, 2004. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/details/1183/pt-BR/doenca-renal-cronica--definicao--epidemiologia-e-classificacao>>. Acesso em: 22 maio 2018.

SAFFARI, M. et al. Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on Muslim patients undergoing haemodialysis. **Nephrology**, Carlton, v. 18, n. 4, p. 269–275, abr. 2013.

SAHRAIAN, A. et al. Relation between religious attitude and depression among medical students. **World Applied Sciences Journal**, Faisalabad, v. 22, n. 10, p. 1449–1452, 2013.

SATUF, C. et al. The protective effect of job satisfaction in health, happiness, well-being and self-esteem. **International journal of occupational safety and ergonomics: JOSE**, Abingdon, v. 24, n. 2, p. 181–189, 2018.

SAWATZKY, R.; RATNER, P. A.; CHIU, L. A Meta-Analysis of the Relationship Between Spirituality and Quality of Life. **Social Indicators Research**, Boston, v. 72, n. 2, p. 153–188, 2005.

SCHIFFRIN, H. H.; REZENDES, D.; NELSON, S. K. Stressed and happy? Investigating the relationship between happiness and perceived stress. **Journal of Happiness Studies**, Dordrecht, v. 10, n. 4, p. 503–503, 2009.

SEERY, M. D.; HOLMAN, E. A.; SILVER, R. C. Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 99, n. 6, p. 1025–1041, 2010.

SELIGMAN, M. E. **Authentic happiness**: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. London: Nicholas Brealey Publishing, 2002.

SELIGMAN, M. E.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology. An introduction. **The American Psychologist**, Washington, v. 55, n. 1, p. 5–14, 2000.

SESSO, R. C. et al. Censo Brasileiro de Diálise, 2009. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 380–384, 2010.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 261–266, 2017.

SESSO, R. C. et al. Resultados do censo de diálise da SBN, 2007. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 197–202, 2007.

SHELDON, K. M.; LYUBOMIRSKY, S. How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. **The Journal of Positive Psychology**, Oxfordshire, v. 1, n. 2, p. 73–82, 2006.

SHERMAN, A. C. et al. Effects of global meaning and illness-specific meaning on health outcomes among breast cancer patients. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 33, n. 5, p. 364–377, 2010.

SIN, N. L. et al. Affective reactivity to daily stressors is associated with elevated inflammation. **Health Psychology**, Washington, v. 34, n. 12, p. 1154–1165, 2015.

SIN, N. L.; LYUBOMIRSKY, S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. **Journal of Clinical Psychology**, Brandon, v. 65, n. 5, p. 467–487, 2009.

SIQUEIRA, J. M.; CURCIO, C. S. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Terapia cognitivo-comportamental e espiritualidade. In: NEUFELD, C. B.; FALCONE, E. M. O.; RANGÉ, B. **Procognitiva programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 123–148.

SMITH, T. B.; MCCULLOUGH, M. E.; POLL, J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 129, n. 4, p. 614–636, 2003.

SMITH, T. W. et al. **General social surveys, 1972–2016: cumulative codebook**. Chicago: National Opinion Research Center, 2017. (National Data Program for the Social Sciences Series, no 24).

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. **Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas**. Tradução de R. C. Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

STEGER, M. F. **Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality**. The human quest for meaning: Theories, research, and applications. 2. ed. New York: Routledge/Taylor & Francis Group, 2012. p. 165–184. (Personality and clinical psychology series).

STEPTOE, A.; DEATON, A.; STONE, A. A. Subjective wellbeing, health, and ageing. **Lancet**, London, v. 385, n. 9968, p. 640–648, 2015.

STROPPIA, A. L. P. C. **Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no transtorno bipolar do humor**: um estudo prospectivo de dois anos. 2018. 165 f. Tese (Doutorado em Saúde) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

STROPPIA, A. L. P. C.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. T. **Saúde e espiritualidade**: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427–443.

SU, R.; TAY, L.; DIENER, E. The development and validation of the comprehensive inventory of thriving (CIT) and the brief inventory of thriving (BIT). **Applied Psychology: Health and Well-Being**, Malden, v. 6, n. 3, p. 251–279, 2014.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 131–138, 2013.

VANDERWEELE, T. J. Causal effects of religious service attendance? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 52, n. 11, p. 1331–1336, 2017.

VANDERWEELE, T. J.; JACKSON, J. W.; LI, S. Causal inference and longitudinal data: a case study of religion and mental health. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 51, n. 11, p. 1457–1466, 2016.

VEENHOVEN, R. **Conditions of Happiness**. Dordrecht: Springer Netherlands, 1984. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/978-94-009-6432-7>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

VEENHOVEN, R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. **Journal of Happiness Studies**, Dordrecht, v. 9, n. 3, p. 449–469, 2008.

VIZEHFAR, F.; JABERI, A. The relationship between religious beliefs and quality of life among patients with multiple sclerosis. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 56, n. 5, p. 1826–1836, 2017.

WASSERFALLEN, J.-B. et al. Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. **Nephrology**, Dialysis, Transplantation, Oxford, v. 19, n. 6, p. 1594–1599, 2004.

WECHPRADIT, A.; THAIYUENWONG, J.; KANJANABUCH, T. Health promotion behaviors and related factors in end stage renal disease patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet**, Bangkok, v. 94, n. Supplement 4, p. S113-118, 2011.

WU, A. W. et al. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. **Journal of the American Society of Nephrology: JASN**, Baltimore, v. 15, n. 3, p. 743–753, 2004.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO PESSOAL, FAMILIAR, SOCIAL E ECONÔMICA

### CARACTERIZAÇÃO PESSOAL, FAMILIAR, SOCIAL E ECONÔMICA

**Nº Identificação:** \_\_\_\_\_

Iniciais do Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de Aplicação: \_\_\_\_\_

#### I – INFORMAÇÕES GERAIS

**1- Idade:** \_\_\_\_\_anos.

**2- Cor ou raça autorreferida:** ( 1 ) branca ( 2 ) preta ( 3 ) parda  
( 4 ) outra

**3- Gênero** ( 1 ) masculino ( 2 ) feminino

**4- Qual é a sua escolaridade?**

1. Nenhuma ( )
2. Baixa – Ensino Fundamental incompleto + completo ( )
3. Média – Ensino Médio incompleto + completo ( )
4. Superior – Ensino superior incompleto + completo + Pós-graduação ( )

**5. Atualmente qual é o seu estado civil?**

1. Solteiro ( )
2. Casado / morando junto / amasiado ( )
3. Viúvo / divorciado / separado ( )

**6. Qual é a sua situação atual de trabalho?**

1. Empregado em tempo integral ( )
2. Empregado por meio período ( )
3. Desempregado ( )
4. Aposentado ( )
5. Afastado/ licença ou auxílio-doença ( )
6. Estudante ( )
7. Outra: \_\_\_\_\_(especifique)

**7. Qual é o total mensal de rendimentos das pessoas que vivem na sua residência ? (incluir benefícios sociais)**

1. Um salário mínimo ou menos ( )

2. > 1 e < 2 salários mínimos ( )

**8. Quantas pessoas vivem com esse rendimento familiar?**

1. \_\_\_\_\_ pessoas.  
3. N.S./N.R. ( )

**9. Possui alguma religião ou culto**

1. católica ( )  
2. protestante ( )  
3. outros ( )  
4. não tem religião ( )

**II – VARIÁVEIS CLÍNICAS**

1- Causa da DRC: \_\_\_\_\_

2- Comorbidades:

1. Nenhuma ( )  
2. Uma ( )  
3. Duas ( )  
4. Diabetes ( )

3- Laboratoriais: (média do ano):

- Hb (g/dl): \_\_\_\_\_  
- PTHi (pg/ml) \_\_\_\_\_  
- Kt/V \_\_\_\_\_ (Índice de adequação em diálise)

**ANEXOS**



## ANEXO A – Índice de Religiosidade da Duke University Religion Index – Escala Durel

### Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

*A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.*

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

**ANEXO B – Versão validada para o português da *Antonovsky's Life Orientation Questionnaire/Sense of Coherence Scale***

Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa sua resposta, com números de 1 a 7. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 1, circule o número 1. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 7, circule o número 7. Se sua resposta for diferente, circule o número que melhor expressa seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão.

1. Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca tenho essa sensação						Sempre tenho essa sensação

2. Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Com certeza não seria feito						Com certeza seria feito

3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?

1	2	3	4	5	6	7
Você sente que não as conhece						Você as conhece muito bem

4. Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está se acontecendo ao seu redor:

1	2	3	4	5	6	7
Raramente ou nunca						Com muita frequência

5. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

6. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

7. A vida é:

1	2	3	4	5	6	7
Muito interessante						Muito rotineira

8. Até agora, sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7	
Sem qualquer objetivo ou finalidade						Com finalidade objetivos claros	e

9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7	
Com muita frequência						Raramente ou nunca	

10. Nos últimos dez anos sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7	
Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida						Completamente previsível (esperada)	

11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7	
Completamente fascinante						Extremamente chata	

12. Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?

1	2	3	4	5	6	7	
Com muita frequência						Raramente ou nunca	

13. Como você vê a vida?

1	2	3	4	5	6	7	
Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida						Não há solução para os sofrimentos da vida	

14. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:

1	2	3	4	5	6	7	
Sente o quanto é bom estar vivo						Pergunta a si mesmo porque você existe	

15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:

1	2	3	4	5	6	7	
Sempre confusa e difícil de encontrar						Sempre completamente clara e fácil de encontrar	

16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:

1	2	3	4	5	6	7	
Uma fonte de grande prazer e satisfação						Uma fonte de sofrimento e chatice	





**ANEXO C – Versão validada para o português da *Subjective Happiness Scale* (SHS)**

**Escala de Felicidade Subjetiva (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999)**

**Instruções:** Para cada uma das seguintes afirmações ou perguntas faça, por favor, um círculo em torno do número da escala que você pensa ser o mais apropriado para descrevê-lo. Você pode escolher qualquer número de 1 a 7.

1. Em geral, eu me considero:

1	2	3	4	5	6	7
Uma pessoa não muito feliz			Nem infeliz, nem feliz			Uma pessoa muito feliz

2. Comparado à maioria dos meus colegas/amigos, eu me considero:

1	2	3	4	5	6	7
Menos feliz			Nem menos feliz, nem mais feliz			Mais feliz

3. Algumas pessoas, de maneira geral, são muito felizes. Elas aproveitam a vida independentemente do que esteja acontecendo, conseguindo o máximo de cada situação. Em que medida essa caracterização descreve você?

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Nem pouco, nem muito			Muito

4. Algumas pessoas, de maneira geral, não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida essa caracterização descreve você?

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Nem pouco, nem muito			Muito


## ANEXO D – Artigo: “Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise”


### Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise

Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis

#### Autores

Janaina Siqueira<sup>1</sup> 

Natália Maria Fernandes<sup>1</sup> 

Alexander Moreira-Almeida<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Centro de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Data de submissão: 24/04/2018.  
Data de aprovação: 15/08/2018.

**Correspondência para:**  
Janaina Siqueira.  
E-mail: janainasiqueira@gmail.com  
DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0096

#### RESUMO

**Objetivos:** Religiosidade/espiritualidade (R/E) parecem ser fatores relevantes na adaptação a doenças crônicas, mas faltam estudos nessa área envolvendo pacientes com doença renal crônica (DRC). O presente estudo teve como objetivo investigar a associação entre R/E e felicidade em pacientes com DRC em hemodiálise e se o senso de coerência (SC) faz a mediação dessa possível associação. **Métodos:** Estudo transversal realizado em dois centros de terapia renal substitutiva no Brasil com 161 adultos em hemodiálise. Regressões lineares foram utilizadas para avaliar a associação entre R/E (variável preditora medida pelo Índice de Religiosidade de Duke - DUREL) e felicidade (variável de desfecho), ajustadas para variáveis sociodemográficas, clínicas e algumas variáveis laboratoriais. Posteriormente, o SC foi acrescentado ao modelo para testar seu possível efeito mediador. **Resultados:** A maioria dos pacientes (91,20%) relatou alguma afiliação religiosa. Religiosidade Privada (RP) ( $\beta = 0,53$ ; IC 95% = 0,01 a 1,06) e Religiosidade Intrínseca (RI) ( $\beta = 0,48$ ; IC 95% = 0,18 a 0,79) e SC ( $\beta = 0,11$ ; IC 95% = -0,09 a 0,15) foram correlacionadas a níveis mais elevados de felicidade após controle para variáveis clínicas e sociodemográficas. Quando SC foi incluído no modelo, IR ( $\beta = 0,34$ ; 95% IC = 0,07 a 0,60) and SC ( $\beta = 0,11$ ; 95% IC = 0,08 a 0,14) continuaram se correlacionando significativamente com felicidade. Nenhuma variável clínica ou sociodemográfica apresentou correlação com felicidade. **Conclusões:** Os pacientes em hemodiálise apresentaram altos níveis de R/E, que por sua vez foi correlacionada com elevados níveis de felicidade. As variáveis clínicas e sociodemográficas não exibiram correlação com a felicidade dos pacientes. Variáveis psicossociais como R/E e SC são possíveis alvos para intervenções destinadas a promover a melhora da qualidade de sobrevivência dos pacientes com DRC.

#### ABSTRACT

**Objectives:** Religiosity/spirituality (R/S) seems to be a relevant factor in chronic diseases adaptation, but there is a lack of studies involving chronic kidney disease (CKD). This study aimed to investigate the association between R/S and happiness among CKD patients on hemodialysis and whether Sense of Coherence (SC) mediates this possible association. **Methods:** This was a cross-sectional study in two renal replacement therapy centers in Brazil, involving 161 adults on hemodialysis. Linear regressions were performed to evaluate the association between R/S (predicting variable measured with Duke Religious Index - DUREL) and happiness (outcome variable), adjusted for sociodemographic, clinical, and some laboratory variables. Later, SC was added to the model to test the possible mediating effect. **Results:** Most patients (91.20%) reported some religious affiliation. Private Religiosity (PR) ( $\beta = 0.53$ ; 95% CI = 0.01 a 1.06), Intrinsic Religiosity (IR) ( $\beta = 0.48$ ; 95% CI = 0.18 a 0.79), and SC ( $\beta = 0.11$ ; 95% CI = -0.09 a 0.15) correlated with higher levels of happiness, controlling for clinical and sociodemographic variables. When SC was included in the model, IR ( $\beta = 0.34$ ; 95% CI = 0.07 to 0.60) and SC ( $\beta = 0.11$ ; 95% CI = 0.08 to 0.14) remained significantly. No clinical or sociodemographic variable correlated with happiness. **Conclusions:** Patients on hemodialysis showed high levels of R/S, which correlated with higher happiness levels. Clinical and sociodemographic variables were not correlated with patients' happiness. Psychosocial variables such as R/S and SC are potential key targets for interventions to promote better survival quality among CKD patients.



**Palavras-chave:** Insuficiência Renal Crônica; Falência Renal Crônica; Diálise Renal; Religião; Espiritualidade; Qualidade de Vida.

**Keywords:** Renal Insufficiency, Chronic; Kidney Failure, Chronic; Renal Dialysis; Religion; Spirituality; Quality of Life.

## INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde de crescente importância. A prevalência de DRC na população geral dos EUA foi de 2.067 pacientes por milhão em 2014<sup>1</sup>, enquanto na América Latina o número ficou em 660 pacientes por milhão em 2010<sup>2</sup>.

Para indivíduos com DRC estágio 5 que requerem terapia renal substitutiva, apenas o transplante bem-sucedido pode proporcionar função renal próxima do normal. O processo de tratamento é muitas vezes uma experiência difícil<sup>3</sup> e as condições psicológicas mais frequentemente encontradas nesses pacientes são ansiedade, estresse e depressão<sup>4</sup>. Há também reduções na qualidade de vida (QV)<sup>3</sup>.

Adotamos o conceito proposto por Lyubomirsky, em que a felicidade é a soma de dois elementos: emoções positivas e a percepção de que a vida tem sentido<sup>5,6</sup>. Pessoas felizes tendem a ter mais sucesso em vários domínios da vida,<sup>7,8</sup> mas identificar os fatores que geram a felicidade continua sendo um desafio.

Um número crescente de estudos relata que níveis elevados de envolvimento religioso tendem a estar associados a felicidade, melhor bem-estar e saúde física, taxas mais baixas de depressão, suicídio, uso/abuso de substâncias e mortalidade geral,<sup>9,10</sup> além de melhor adaptação a doenças crônicas<sup>11</sup>. A religiosidade/espiritualidade (R/E) também foi considerada como fator relevante de QV em pacientes com DRC<sup>12,13,14</sup>.

Espiritualidade é a relação com o sagrado e o transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de uma religião. Religiosidade é definida como o envolvimento (crença, afiliação e/ou prática) do indivíduo com uma religião<sup>10</sup>. A compreensão dos mecanismos que fazem a mediação da associação entre R/E e saúde representa um grande desafio<sup>10,15</sup>. Os mecanismos mais citados incluem suporte social, comportamentos saudáveis, práticas religiosas, estratégias de enfrentamento e enquadramento cognitivo<sup>9,16</sup>. Contudo, esses mediadores geraram resultados inconsistentes<sup>17,18,19</sup>.

O senso de coerência é um conceito retirado da teoria salutogênica, que investiga os fatores que possibilitam a manutenção da saúde a partir de três componentes: 1) Compreensibilidade: percepção de

que estímulos externos ou internos são estruturados, previsíveis e explicáveis. 2) Gerenciabilidade: percepção de que os recursos para lidar com as necessidades colocadas por esses estímulos estão disponíveis, e 3) Significância: percepção de que essas necessidades são desafios nos quais vale a pena investir e se engajar<sup>20</sup>. Estudos revelaram uma associação positiva entre senso de coerência e QV e associações inversas com indicadores de doença física e mental em diversas populações<sup>19,21</sup>.

De forma a testar essa hipótese, o objetivo do presente estudo foi investigar a associação entre níveis de R/E e felicidade em pacientes com DRC em hemodiálise e determinar se essa possível associação é mediada total ou parcialmente pelo senso de coerência.

## MÉTODOS

### PARTICIPANTES E DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo transversal foi conduzido com pacientes de dois centros de terapia renal substitutiva da cidade de Juiz de Fora, em Minas Gerais: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e a NEFROCLIN. O estudo incluiu indivíduos adultos ( $\geq 18$  anos de idade) em diálise por  $\geq 1$  ano, no momento em que os pacientes estavam mais adaptados à terapia. Pacientes com déficits cognitivos que os impedissem de responder os questionários foram excluídos.

Sessenta e quatro pacientes foram identificados na lista passada pelo HU-UFJF. Quinze recusaram-se a participar, 16 não satisfizeram os critérios de inclusão e três não foram localizados, o que levou à inclusão de 30 participantes no estudo. Dos 207 pacientes identificados na NEFROCLIN, 14 recusaram-se a participar, 35 não satisfizeram os critérios de inclusão, 15 haviam falecido, oito haviam recebido transplante, um recuperou a função renal e três foram perdidos durante o seguimento, perfazendo um total de 131 pacientes que participaram do estudo. Assim, a amostra final continha 161 participantes. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFJF sob o protocolo 375/2011 e pelos Comitês de



Ética de cada centro de tratamento. Os dados foram coletados entre julho de 2012 e março de 2013.

Questionários de auto-relato foram administrados presencialmente por estudantes de psicologia treinados para o estudo. Durante todo o processo de coleta de dados foram realizadas reuniões regulares para padronizar os métodos e evitar divergências. Os dados foram colhidos durante as sessões de hemodiálise nos respectivos centros. Os questionários foram sempre administrados após os pacientes terem recebido um lanche, momento em que se encontravam mais alertas.

#### MEDIDAS

Os dados sociodemográficos obtidos por meio de entrevistas incluíram idade, etnia/cor da pele, sexo, nível de escolaridade, estado civil, situação laboral, renda familiar e afiliação religiosa. Os dados clínicos e laboratoriais obtidos dos prontuários médicos incluíram hemoglobina, paratormônio (PTHi), Kt/V (índice de adequação da diálise), comorbidades e tempo em diálise. Nos casos em que não havia dados para o mês em que a pesquisa foi aplicada, foram utilizados dados do mês mais próximo da entrevista.

Religiosidade: foi utilizada a versão validada para o idioma português do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)<sup>22,23</sup>. O DUREL é uma ferramenta autoaplicável com cinco itens que indica o nível de envolvimento religioso ao abordar três dimensões da religiosidade comumente associadas à saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Privada (RP) e Religiosidade Intrínseca (RI). Todas as respostas são representadas em uma escala do tipo Likert.

Senso de Coerência: foi utilizada a versão validada para o idioma português do Questionário de Orientação para a Vida/Senso de Coerência de Antonovsky<sup>24,25</sup>. A ferramenta avalia três dimensões: 1) Compreensibilidade, 2) Gerenciabilidade e 3) Significância. As pontuações variam entre 29 e 203. Valores mais altos indicam senso de coerência mais forte.

Felicidade: foi utilizada a versão validada para o português da Escala de Felicidade Subjetiva (EFS)<sup>26</sup>, um questionário autoaplicável com quatro itens e respostas representadas em uma escala do tipo Likert. Escores mais elevados indicam maior felicidade, num intervalo possível de pontuação de 4 a 28 pontos.

#### ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram submetidos a uma análise descritiva e foram apresentados como média  $\pm$  desvio padrão ou

frequência, dependendo das características da variável. Realizamos uma regressão linear com felicidade como variável de desfecho e ajustamos o modelo para variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais (Modelo 1). A seguir, adicionamos cada uma das dimensões da religiosidade aos outros modelos, acrescentando Religiosidade Organizacional ao modelo 2, Religiosidade Privada ao Modelo 3, Religiosidade Intrínseca ao Modelo 4 e senso de coerência ao modelo 5. Em função da associação entre Religiosidade Privada, Religiosidade Intrínseca e variáveis relacionadas ao senso de coerência com a felicidade, dois modelos adicionais foram ajustados, o primeiro usando Religiosidade Privada e senso de coerência como variáveis preditoras e o segundo utilizando Religiosidade Intrínseca e senso de coerência com felicidade como desfecho. Os modelos foram ajustados para variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais.

A análise dos dados foi conduzida no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 para Windows. Foi adotado intervalo de confiança de 95%.

#### RESULTADOS

A amostra continha predominantemente adultos de meia-idade (57,8% entre 41 e 64 anos), com baixa escolaridade (60,9% com no máximo fundamental completo) e sem emprego (61,5% aposentados e 26,7% em licença médica). Houve divisão quase equitativa entre homens e mulheres e indivíduos brancos, negros e pardos, como relatado no Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica<sup>27</sup>. A maioria da população do estudo seguia a religião católica (59,6%), seguida do protestantismo (18,6%) e outras afiliações (13%). Ausência de afiliação religiosa foi relatada por 8,7% dos participantes (Tabela 1).

A Tabela 2 exhibe a associação positiva entre felicidade, senso de coerência, Religiosidade Privada e Religiosidade Intrínseca. É interessante observar que níveis mais elevados de religiosidade indicaram maior felicidade - coeficientes mais elevados foram observados para Religiosidade Privada (beta: 0,53) e Religiosidade Intrínseca (beta: 0,48). Nenhuma associação foi identificada entre religiosidade organizacional e felicidade.

Embora o senso de coerência tenha apresentado coeficiente B (beta) mais baixo, a Tabela 3 mostra que quando avaliado separadamente com Religiosidade Privada e RI, o SC interferiu nos coeficientes das

**TABELA 1** CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, RELIGIOSIDADE, SENSO DE COERÊNCIA E FELICIDADE (N = 161)

Características		N	%
Faixas etárias	Até 40 anos	20	12,4
	41 a 64 anos	93	57,8
	65 anos ou mais	48	29,8
Etnia	Branca	54	33,5
	Negra	56	34,8
	Parda	45	28,0
	Outra	6	3,7
Sexo	Masculino	87	54,0
Escolaridade	Nenhuma	16	9,9
	Até primário	98	60,9
	Até secundário	32	19,9
	Terceiro grau	15	9,3
Estado civil	Solteiro	39	24,2
	Casado/Morando junto	84	52,2
	Viúvo/Divorciado/Separado	38	23,6
Atual situação laboral	Emprego em tempo integral	1	0,6
	Emprego em meio período	4	2,5
	desempregado	2	1,2
	Aposentado	99	61,5
	Em licença	43	26,7
	Estudante	1	0,6
	Outras	11	6,8
Income bracket	1 SM ou menos	102	63,4
	1,1 a 2 SM	59	36,6
Comorbidades	Nenhuma	29	18,7
	1	79	51
	2	32	20,6
	3	15	9,7
Diabetes	Sim	44	27,3
Afiliação religiosa	Católica	96	59,6
	Protestante	30	18,6
	Outras	21	13,0
	Nenhuma	14	8,7
		Média	SD
Hb (g/dL)		11,0	1,9
PTHi (pg/mL)		517	413
Kt/V		1,45	0,40
Religiosidade	Organizacional (1 a 6)	4,1	1,7
Senso de coerência (min - max)	Privada (1 a 6)	4,3	1,7
	Intrínseca (3 a 15)	12,9	2,9
Senso de coerência (min - máx)	-	137,2	23,8
Felicidade	-	19,7	5,0

DP = Desvio padrão; SM = Salário mínimo Hb (g/dl); hemoglobina (g/dL)

**TABELA 2** REGRESSÃO LINEAR ENTRE RELIGIOSIDADE E SENSO DE COERÊNCIA COM FELICIDADE (AJUSTADOS PARA VARIÁVEIS CLÍNICAS E LABORATORIAIS)

	Variável	Coefficiente BETA	Intervalo de Confiança 95%	p
Modelo 1	Religiosidade organizacional	0,42	-0,11 a 0,95	0,11
Modelo 2	Religiosidade privada	<b>0,53</b>	0,01 a 1,06	<b>0,04</b>
Modelo 3	Religiosidade intrínseca	<b>0,48</b>	0,18 a 0,79	<b>0,002</b>
Modelo 4	Senso de coerência	<b>0,11</b>	0,09 a 0,15	<b>&lt; 0,0001</b>

Ajustado para: idade, sexo, escolaridade, comorbidades, tempo em diálise (anos) e hemoglobina (g/dL), Kt/V (índice de adequação da diálise) e PTH (paratormônio pg/mL). Resultados significativamente estatísticos ( $p < 0,05$ ) em negrito.

**TABELA 3** ASSOCIAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE E SENSO DE COERÊNCIA COM FELICIDADE (AJUSTADA PARA VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS)

Variável	Coefficiente BETA	Intervalo de Confiança	p
Senso de coerência	<b>0,11</b>	- 0,09 to 0,15	<b>&lt; 0,0001</b>
Religiosidade privada	0,42	- 0,03 to 0,88	0,06
Senso de coerência	<b>0,11</b>	0,08 to 0,14	<b>&lt; 0,0001</b>
Religiosidade intrínseca	<b>0,34</b>	0,07 to 0,60	<b>0,01</b>

Ajustado para idade, sexo, escolaridade, comorbidades, tempo em diálise, hemoglobina (g/dL), Kt/V (índice de adequação da diálise) e PTH (paratormônio). Resultados significativamente estatísticos ( $p < 0,05$ ) em negrito.

variáveis (Tabela 2). Os betas diminuíram para Religiosidade Privada (0,53-0,42) e Religiosidade Intrínseca (0,48-0,34), o que fez com que a associação entre Religiosidade Privada e Felicidade perdesse significância. A associação entre Religiosidade Intrínseca e felicidade permaneceu significativa.

## DISCUSSÃO

Nosso estudo revelou uma associação entre R/E e níveis mais elevados de felicidade e identificou o senso de coerência como importante fator associado a essa relação. As variáveis clínicas e sociodemográficas avaliadas não apresentaram correlação com felicidade.

Até onde sabemos, esse é o primeiro estudo a investigar os níveis de felicidade e o senso de coerência em pacientes com DRC, bem como a analisar o possível papel mediador do senso de coerência e o impacto da R/E sobre indicadores de saúde e felicidade. Assim, de forma a comparar nossos dados com os da literatura, recorremos a estudos com amostras semelhantes (ex.: pacientes com outras doenças crônicas) ou resultados correlatos (ex.: QV ou transtornos mentais), porém não necessariamente idênticos ao presente estudo.

Em termos sociodemográficos, nossa amostra é semelhante à população de pacientes em hemodiálise<sup>27</sup>. Vale ressaltar o alto grau de limitação funcional/laboral dos indivíduos da amostra, dado que 88,2% estavam aposentados ou afastados apesar de 70,2%

terem idade inferior a 65 anos. A distribuição de afiliação religiosa foi próxima à da população brasileira<sup>28</sup>. A maioria declarou ser católica, seguida de protestantes. A amostra apresentou altos níveis de envolvimento religioso nas três dimensões mensuradas - intrínseca, privada e organizacional - corroborando assim os resultados de outras amostras semelhantes<sup>11</sup>.

O presente estudo revelou que senso de coerência, Religiosidade Privada e Religiosidade Intrínseca estavam consistentemente correlacionados a níveis de felicidade. R/E é geralmente reconhecida como estratégia de enfrentamento para contornar as dificuldades da DRC. Vários estudos citam associação entre R/E e percepção diminuída de impacto negativo da doença, diminuição da depressão, aumento da busca por apoio social e aumento da qualidade de vida e satisfação em pacientes com DRC<sup>13,14,29,30</sup>. Evidências publicadas também indicam uma associação geralmente positiva entre níveis de envolvimento religioso e níveis de aspectos positivos como bem-estar, otimismo e felicidade<sup>31</sup>.

Embora a Religiosidade Organizacional esteja geralmente associada a níveis mais baixos de depressão e melhor saúde, no presente estudo essa foi a única dimensão da religiosidade que não apresentou associação com felicidade. Uma possível explicação é que, em situações de limitação física, os pacientes têm maior dificuldade de participar dos encontros religiosos, passando assim a enfatizar a religiosidade pessoal e privada.

Um achado interessante foi a ausência de correlação entre as variáveis clínicas e laboratoriais e a felicidade. Até onde sabemos, essa foi a primeira vez que tal associação foi investigada em pacientes com DRC. Variáveis clínicas objetivas geralmente apresentam uma relação muito mais fraca com as avaliações subjetivas do estado de saúde e o nível de bem-estar do paciente. Contudo, os motivos para tal achado ainda não foram elucidados. Idade associou-se a pior QV em estudos de pacientes com DRC<sup>32,33</sup>. A variável laboratorial que mais se correlaciona com QV é a hemoglobina sérica<sup>34</sup>.

Apesar de R/E ser geralmente associada a indicadores de saúde e bem-estar, os mecanismos que mediam essa associação são ainda desconhecidos<sup>15,35</sup>.

O presente estudo analisou a hipótese de que o senso de coerência seria um possível mediador da relação entre R/E e felicidade. Nossos achados confirmaram tal hipótese, mostrando uma associação consistente entre R/E e senso de coerência (0,09 a 0,15,  $p < 0,0001$ ). Aparentemente o senso de coerência atua como mediador pleno do impacto da Religiosidade Organizacional (beta do senso de coerência: 0,11 (-0,09 a 0,15),  $p < 0,0001$ ; beta da Religiosidade Privada: 0,42 (0,03 a 0,88),  $p = 0,06$ ) e mediador parcial do impacto da Religiosidade Intrínseca sobre os níveis de felicidade observados em pacientes em hemodiálise (beta do senso de coerência: 0,11 (0,08 a 0,14),  $p < 0,0001$ ; beta da Religiosidade Intrínseca: 0,34 (0,07 a 0,60),  $p = 0,01$ ).

Outros estudos também identificaram associações positivas entre R/E e senso de coerência<sup>36,37</sup>. Uma revisão destacou a eficácia das intervenções religiosas/espirituais delineadas para aumentar o senso de coerência dos participantes<sup>38</sup>.

Dados atuais sugerem que R/E e senso de coerência podem ser alvos de intervenções psicossociais, como programas psicoeducacionais e psicoterapia, destinados a abordar os desfechos na DRC<sup>7,39</sup>.

Identificar e apoiar estratégias religiosas de enfrentamento e promover o uso de recursos espirituais para possibilitar que os pacientes lidem melhor com a DRC podem ser estratégias eficazes.

Evidências indicam que simplesmente ouvir o relato do paciente sobre seu histórico espiritual, mesmo que por curtos períodos (2-5 minutos), leva a níveis mais elevados de satisfação com o tratamento e melhor QV<sup>40,41</sup>. A atenção ao histórico espiritual é reconhecidamente uma prática simples de integrar a espiritualidade ao cuidado prestado ao paciente<sup>42</sup>.

O presente estudo tem limitações. Por se tratar de um estudo transversal, inferências causais a respeito do efeito da R/E sobre senso de coerência e felicidade devem ser feitas com cautela. Dada a novidade de nossos achados, é importante que outros pesquisadores tentem replicá-los em estudos longitudinais. Cuidados devem ser tomados na generalização desses resultados para outros contextos. Nosso estudo foi realizado no Brasil, onde a população é altamente religiosa<sup>28</sup>. Contudo, o perfil clínico e sociodemográfico de nossa amostra é semelhante ao de estudos realizados em outros países e no Brasil. Além disso, os impactos da R/E sobre a saúde foram replicados em uma ampla gama de contextos socioculturais e geográficos<sup>34,43</sup>. Outra limitação é a ausência de dados sobre medicamentos para o sistema nervoso central, em função da dificuldade de acessar essas informações nos prontuários dos pacientes.

Os pontos fortes do presente estudo incluem sua originalidade, a amostra relativamente grande, o uso de medidas bem estabelecidas e suas amplas implicações clínicas.

## CONCLUSÃO

Em resumo, o presente estudo identificou pela primeira vez que R/E e senso de coerência estão relacionados à felicidade de pacientes em hemodiálise. Nenhuma variável sociodemográfica, clínica ou laboratorial apresentou associação com os níveis de felicidade dos pacientes. Diante do crescente valor e atenção dispensados ao bem-estar e QV dos pacientes com DRC, a R/E deve ser melhor investigada como um possível elemento das intervenções psicossociais que, conjuntamente com terapias renais substitutivas e tratamentos medicamentosos, se destinam a promover melhorias da QV.

## REFERÊNCIAS

1. United States Renal Data System [Internet]. 2016 ADR Chapters [cited 2017 Jul 17]. Available from: <https://www.usrds.org/2016/view/Default.aspx>
2. Pecoito-Filho R, Rosa-Diez G, Gonzalez-Bedat M, Marinovich S, Fernandez S, Lugon J, et al. Tratamento substitutivo da função renal na doença renal crônica: uma atualização do Registro Latino Americano de Diálise e Transplante. *J Bras Nefrol* 2015;37:9-13.
3. Bragazzi NL, Puente GD. Chronic Kidney Disease, Spirituality and Religiosity: A Systematic Overview with the List of Eligible Studies. *Health Psychol* 2013;1:e26.
4. Stumm EMF, Abreu PB, Ubessi LD, Barbosa DA. Estressores e atenuantes de estresse entre idosos em tratamento hemodialítico. *Rev Ciênc Saúde* 2013;6:2-11.

5. Lyubomirsky S. *The Myths of Happiness: What Should Make You Happy, but Doesn't, What Shouldn't Make You Happy, but Does*. New York: Penguin Press; 2013.
6. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry* 2006;5:71-6.
7. Seligman MEP. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press; 2002.
8. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull* 2005;131:803-55.
9. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiosity and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28:242-50.
10. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.
11. Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol* 2010;32:128-32.
12. Finkelstein SH, West W, Gobin J, Finkelstein SH, Wuertth D. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:2432-4.
13. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors. *Am J Kidney Dis* 2003;42:713-21.
14. Lucchetti G, de Almeida LGC, Lucchetti ALG. Religiosity, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients. *Hemodial Int* 2012;16:89-94.
15. Moreira-Almeida A. Religion and health: the more we know the more we need to know. *World Psychiatry* 2013;12:37-8.
16. Koenig HG, McCullough M, Larson DB. *Handbook of Religion and Health: A Century of Research Reviewed*. New York: Oxford University Press; 2001.
17. Corrêa AAM, Moreira-Almeida A, Menezes PR, Vallada H, Sczufca M. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:157-64.
18. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychol Inq* 2002;13:190-200.
19. Mittelmark, MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan JM, Lindström B, et al. *The Handbook of Salutogenesis*. New York: Springer; 2017.
20. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:376-81.
21. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:938-44.
22. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloy F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Portuguese version of Duke Religious Index: DUREL. *Rev Psiquiatr Clín* 2008;35:31-2.
23. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health* 2012;51:579-86.
24. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
25. Dantas RAS. *Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [Free Teaching Thesis]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2007.
26. Damásio BF, Zanon C, Koller SH. Validation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Subjective Happiness Scale. *Universitas Psychol* 2014;13:17-24.
27. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *J Bras Nefrol* 2016;38:54-61.
28. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín* 2010;37:12-5.
29. Wechpradit J, Thaiyuenwong J, Kanjanabuch T. Health promotion behaviors and related factors in end stage renal disease patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Med Assoc Thai* 2011;94:S113-8.
30. 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* 2013;45:170-8.
31. Sahraian AI, Gholami A, Javadpour A, Omidvar B. Association between religiosity and happiness among a group of Muslim undergraduate students. *J Relig Health* 2013;52:450-3.
32. Grincenkov FRS, Fernandes N, Chaoubah A, Bastos K, Qureshi AR, Pécois-Filho R, et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes incidentes em diálise peritoneal no Brasil (BRAZPD). *J Bras Nefrol* 2011;33:38-44.
33. Franco MR, Fernandes NM. Dialysis in the elderly patient: a challenge of the XXI century—narrative review. *J Bras Nefrol* 2013;35:132-41. Erratum in *J Bras Nefrol* 2013;35:244.
34. Pereira BDS, Fernandes NDS, Melo NP, Abrita R, Grincenkov FRDS, Fernandes NMDS. Beyond quality of life: a cross sectional study on the mental health of patients with chronic kidney disease undergoing dialysis and their caregivers. *Health Qual Life Outcomes* 2017;15:74.
35. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Am Psychol* 2003;58:64-74.
36. Conway-Phillips R, Janusek L. Influence of sense of coherence, spirituality, social support and health perception on breast cancer screening motivation and behaviors in African American women. *ABNF J* 2014;25:72-9.
37. Cowlshaw S, Niele S, Teshuva K, Browning C, Kendig H. Older adults' spirituality and life satisfaction: A longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing Soc* 2013;33:1243-62.
38. Jeserich F. Can Sense of Coherence Be Modified by Religious/Spiritual Interventions? A Critical Appraisal of Previous Research. *Interdiscip J Res Relig* 2013;9.
39. Walker, ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41.
40. Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *Int J Psychiatry Med* 2005;35:329-47.
41. Williams JA, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin FA. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 2011;26:1265-71.
42. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36:176-82.
43. Saffari ML, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldachino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology (Carlton)* 2013;18:269-75.