



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

QUEZIA NUNES FROIS DOS SANTOS

**A INFLUÊNCIA DO APOIO ESPIRITUAL A PACIENTES EM DIÁLISE
PERITONEAL**

**SALVADOR- BA
2017**

QUEZIA NUNES FROIS DOS SANTOS

**A INFLUÊNCIA DO APOIO ESPIRITUAL A PACIENTES EM DIÁLISE
PERITONEAL**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado
ao curso de Enfermagem da Universidade do Estado
da Bahia como requisito à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem

Orientador: Prof Dr: Tercio Carneiro Ramos

SALVADOR- BA
2017

Universidade do Estado da Bahia

Sistema de Biblioteca

Ficha Catalográfica - Produzida pela Biblioteca Edivaldo Machado Boaventura

Santos, Quezia Nunes Frois dos.

A Influência do Apoio Espiritual a Pacientes em
Diálise Peritoneal: / Quezia Nunes Frois dos Santos.--
Salvador, 2017.

48 : il.:

Orientador: Tercio Carneiro Ramos

Coorientador:

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências
da Vida, 2017

1. Insuficiência renal crônica.. 2. Espiritualidade.. 3.
Religiosidade.. 4. Oração.. I. Universidade do Estado da
Bahia. Departamento de Ciências da Vida.

CDD: 610.73

QUEZIA NUNES FROIS DOS SANTOS

**A INFLUÊNCIA DO APOIO ESPIRITUAL A PACIENTES EM DIÁLISE
PERITONEAL**

Relatório final, apresentado a Universidade do Estado da Bahia, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Salvador, 22 de Novembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Tercio Carneiro Ramos
Universidade do Estado da Bahia

Prof. Msc. Sandra Dutra Cabral Portela
Universidade do Estado da Bahia

Prof. Esp. Telma Maria Oliveira
Universidade do Estado da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela força que me deu para concluir esse trabalho.

Aos meu pais, pois certamente sem eles eu não chegaria até aqui.

Agradeço ao meu orientador pela paciência que teve comigo.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para a construção desse estudo.

Agradeço a toda equipe do INED que me recebeu com carinho e me possibilitou coletar os dados, em especial a Lígia, Jô e Dra Michele; vocês me ajudaram e me ensinaram bastante.

Agradeço a Luiz que se fez presente em todos os momentos e me ajudou na coleta de dados.

As minhas amigas, Thaís e Barbara pelo apoio.

Não posso deixar de agradecer a todos os participantes da pesquisa que dedicaram uma parte do seu tempo para responder a entrevista.

RESUMO

Introdução- Apesar de substituir parcialmente a função renal, nenhum tratamento da Insuficiência renal crônica possibilita cura. Assim, alguns pacientes de doenças incuráveis muitas vezes se apegam a fé como parte do tratamento. **Objetivo-** Analisar os efeitos da oração como uma intervenção adicional em pacientes em Diálise Peritoneal (DP), Averiguar a repercussão da oração intercessória sobre os parâmetros que evidenciam a disfunção renal, verificar se oração influencia na qualidade de vida dos pacientes em DP. **Métodos-** Trata-se de um ensaio clínico randomizado, com abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi em um Instituto de Nefrologia e Diálise e os sujeitos foram 39 participantes, divididos em 3 grupos: Controle (1), Grupo que recebeu orações e sabiam que estavam recebendo (2) e um Grupo que recebeu oração e não sabia (3). Todos em tratamento com DP. A coleta de dados foi dividida em 3 momentos. Os instrumentos de coleta de dados foram: o SF 36 e dados de bioquímica típica de pacientes dialíticos através dos prontuários de cada paciente. A intervenção foi a oração intercessória. **Resultados-** Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para os dados de qualidade de vida, já a creatinina do G3 variou significativamente e no grupo 2 não foi detectado morte, peritonite, ou saída de programa para a hemodiálise dos participantes. **Conclusão-** Podemos concluir que a oração intercessória apresentou diferença estatística em um dos principais avaliadores da função renal no G3 e podemos observar fatores de proteção e benefício da oração intercessória no Grupo 2, sugerindo que novos estudos sejam conduzidos com essas práticas.

Palavras-chave: insuficiência renal crônica; espiritualidade; religiosidade; oração.

ABSTRACT

Introduction - Although partially replacing renal function, no treatment of chronic renal failure makes it possible to cure. Thus, some patients with incurable diseases often cling to faith as part of the treatment. **Objective**- To analyze the effects of prayer as an additional intervention in patients with Peritoneal Dialysis (PD), to verify if praying practices influence the improvement of the clinical picture of chronic renal patients, to verify if prayer influences the quality of life of PD patients. **Methods**: This is a randomized clinical trial with quantitative-qualitative approach. The study was an Institute of Nephrology and Dialysis and the subjects were 39 participants, divided into 3 groups: Control (1), Group that received prayers and knew they were receiving (2) and a Group that received prayer and did not know (3) . All undergoing PD treatment. The data collection was divided in 3 moments. The instruments of data collection were: the SF 36 and data of biochemistry typical of dialytic patients through the medical records of each patient. The intervention was intercessory prayer. **Results**- There was no statistically significant difference between the groups for the quality of life data, since the G3 creatinine varied significantly and in group 2 no death, or peritonitis, or program outflow was detected for hemodialysis of the participants. **Conclusion**- We can conclude that intercessory prayer presented statistical difference in one of the main evaluators of renal function in G3 and we can observe protection and benefit factors of intercessory prayer in Group 2, suggesting that new studies be conducted with these practices.

Keywords: chronic renal failure; spirituality; religiosity; prayer

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7-9
1.1 <i>Objetivo geral</i>	9
1.2 <i>Objetivos específicos</i>	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10-15
3 METODOLOGIA	16-18
3.1 <i>Tipo de estudo</i>	16
3.2 <i>Locus da pesquisa</i>	16
3.3 <i>Critérios de avaliação</i>	16
3.4 <i>Critérios de inclusão e exclusão</i>	17
3.5 <i>Amostra</i>	17
3.6 <i>Método</i>	17
3.7 <i>Disposição dos grupos</i>	17
3.8 <i>Etapas da pesquisa</i>	18
3.9 <i>Instrumentos de coleta de dados</i>	18
3.10 <i>Intervenção</i>	18
3.11 <i>Análise dos dados</i>	18
4 RESULTADOS	19-23
5 DISCUSSÃO	24-27
6 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29-34
APÊNDICE	35
ANEXOS	36-48

1 INTRODUÇÃO

Devido ao aumento da morbimortalidade, nas últimas décadas as doenças crônicas tem recebido um maior enfoque dos profissionais de saúde; ao decorrer dos anos foi possível perceber que não se tratava de doenças que acometem apenas idosos, uma vez que os distúrbios crônicos também atingem a população jovem produtiva (BRASIL, 2007). Entre as doenças crônicas está a insuficiência renal crônica (IRC) que se caracteriza por ser uma situação sem alternativa de melhoras rápidas, que evolui progressivamente e que causa problemas médicos, sociais e econômicos (MADEIRA; LOPES; SANTOS, 1998).

A principal função do sistema renal fundamenta-se em manter o estado de homeostasia do corpo através do equilíbrio hidroeletrolítico, remoção de produtos degradados e desempenho de outras funções (SMELTZER; BARE, 2011). Ainda segundo o mesmo autor, a disfunção dos rins é algo comum, podendo ocorrer em pessoas de qualquer idade e em diferentes graus de gravidade. São diversas as causas de insuficiência renal crônica, sendo as mais comuns a glomerulonefrite crônica, pielonefrite, necrose cortical renal, hipertensão arterial grave, processos renais obstrutivos crônicos, diabetes, amiloidose, lúpus eritematoso disseminado e doenças hereditárias como rins policísticos e síndrome de Alport (SMELTZER; BARE, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2011) seria portador de Doença Renal Crônica (DCR), qualquer indivíduo, que independente de causa, apresentasse taxa de filtração glomerular (TFG) $< 60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ou a TFG $> 60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, associada a, pelo menos, um marcador de dano renal parenquimatoso, como por exemplo a proteinúria, presente a pelo menos três meses.

Assim, se faz necessária uma intervenção; o tratamento ideal se apoia em três passos importantes: 1- O diagnóstico precoce da doença, 2- Encaminhamento imediato para o tratamento nefrológico e 3- Implementação de medidas para preservar a função renal (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011). Existem também algumas intervenções que visam diminuir a progressão das doenças, tais como: controlar a pressão arterial e o diabetes mellitus, diminuir a proteinúria, evitar fumo e obesidade, restringir a ingestão de proteínas e controlar a hiperlipidemia.

Uma das terapêuticas para pessoas com IRC é a diálise peritoneal (DP) que é um processo físico-químico responsável por remover líquidos e produtos residuais urêmicos do corpo quando os rins não são capazes (SMELTZER; BARE, 2011). De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2007) em 2007 no Brasil existiam 6.772 paciente em tratamento de DP, representando 9,2% do total dos pacientes em terapia renal substitutiva.

Entretanto, apesar de substituir parcialmente a função renal, aliviar os sintomas da doença e

preservar a vida, nenhum tratamento disponível da IRC possibilita a cura (SMELTZER; BARE, 2011). Isso faz com que as pessoas acometidas apresentem limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biológicas, psicológicas e sociais, como: a perda do emprego, alterações na imagem corporal e restrições dietéticas e hídricas que interferem em sua qualidade de vida (SHIDLER, PETERSON, KIMMEL, 1998).

Como forma de alívio e apoio para a dor, os pacientes de doenças incuráveis muitas vezes se apegam a fé e a religião. Dentre as práticas espirituais, a mais comum entre pacientes que enfrentam a doença é a oração; essa constitui um importante meio de auxílio ao cliente para tentar suportar e obter sentido para a doença avançada (BYRD, 1988). De acordo com um estudo da Universidade de Rochester (2004) a oração é considerada o tratamento complementar mais utilizado pelos americanos e cerca de 85% das pessoas que sofrem de alguma doença adotam a oração como tratamento complementar.

É através da oração que se busca uma interligação com um ser divino e se usa essa comunicação muitas vezes para pedir ajuda, a fim de diminuir o seu sofrimento ou até mesmo de outras pessoas. Existem muitas formas de orar, entretanto, para esse estudo foi selecionada apenas a oração intercessória que é quando oramos em favor de alguém, ou alguma situação, pedindo o agir de Deus, o Deus dos Cristãos (STORMIE, 2013).

Hiatt (1986) afirma que em razão do sofrimento a espiritualidade pode ajudar a encontrar um propósito, significado e esperança. E, embora a espiritualidade esteja frequentemente confundida com a religião, são duas coisas distintas que apenas se completam; a espiritualidade é caracterizada pela capacidade de buscar o propósito e significado, a ter fé, amar e perdoar e permite a uma pessoa transcender o sofrimento (KUHN, 1992).

Na área da saúde, já existe um reconhecimento de que os empenhos religiosos e espirituais são pertinentes para comportamentos relacionados à saúde, e são particularmente importantes para as pessoas cuja saúde está comprometida (BEARON, KOENING, 1990). Para Koenig, McCullough e Larson (2001) pessoas que usam o enfrentamento religioso parecem lidar com suas condições de forma mais eficaz do que aqueles que não o fazem. E, estudos dos mesmos autores indicam que a interação religiosa é significativa para os resultados de saúde física e mental para uma variedade de circunstâncias da vida, em especial os problemas de saúde.

Como já foi citado, a oração está entre as intervenções mais antigas e mais amplamente utilizadas para diminuir dores e promover a saúde, e muito se tem discutido sobre a busca de formas alternativas de cura que perpassam o modelo convencional, baseado apenas em terapias medicamentosas e cirúrgicas. Diante disso, têm crescido o interesse nos últimos anos em comprovar de forma científica a eficácia da oração e intercessão no alívio de problemas de saúde.

Considerando que o ser humano não se resume apenas aos aspectos biológicos, faz-se necessário investigar também os aspectos metafísicos do processo de adoecimento e cura. É um tema pouco estudado em nosso país, apesar de sermos predominantemente cristãos, por isso é pertinente explorá-lo. Assim, buscaremos esclarecer como a oração intercessora interfere no quadro clínico e na qualidade de vida de pacientes em diálise peritoneal.

1.1 Objetivo geral:

Analisar os efeitos da oração como uma intervenção adicional em pacientes em diálise peritoneal.

1.2 Objetivo específico:

- Averiguar a repercussão da oração intercessória sobre os parâmetros que evidenciam a disfunção renal;
- Verificar se oração influencia a qualidade de vida dos pacientes em diálise peritoneal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012) define a doença renal crônica (DCR) como uma lesão presente por um período igual ou superior a três meses, caracterizada por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da filtração glomerular (FG), evidenciada por anomalias histopatológicas ou de marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou ainda de exames de imagem, caracterizada por índices de FG $<60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal.

A falha da função renal tem como característica na maioria dos casos a Insuficiência Renal Crônica (IRC), que significa uma perda progressiva e irrecuperável das atividades renais que pode iniciar com sintomas agudos ou de forma lenta e gradativamente (TRENTINI et al., 2004). Os primeiros sintomas da IRC podem levar anos sem serem notados, mostrando-nos a grande capacidade adaptativa dos rins, que permite que os seres humanos permaneçam vivos com apenas 10% da função renal (RIBEIRO et al., 2008). Entretanto quando a função renal se reduz a menos de 10%, é inevitável a definição de outras alternativas de tratamento, pois para a IRC não existe perspectiva de cura (SBN, 2012).

O início da doença é caracterizado pela diminuição das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo, pelo acúmulo de toxinas urêmicas, acidose metabólica, alterações do equilíbrio hidroeletrólítico e acido-básico, hipercalemia, hiperfosfatemia, hiperparatireoidismo, anemia e distúrbio hormonal, retardo no crescimento, infertilidade, hipovolemia, e outros (RIELLA, 2003).

A Portaria nº 1168/GM em 5 de junho de 2004, institui a Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal, onde define estratégias assistenciais estruturadas na busca por um cuidado equilibrado e de qualidade dos pacientes com doença renal crônica que inclui prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, como resultado da articulação entre os vários níveis de atenção à saúde do SUS. E é através desta portaria que é reconhecida a relevância do problema para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Devido às suas implicações econômicas e sociais, atualmente, a doença renal crônica terminal é um dos maiores desafios à saúde pública (MONTEIRO, CONDE, POPKIN, 2002), que se intensifica quando considerado que, na maioria dos casos, a perda da função renal poderia ser evitada com a abordagem clínica correta da DCR (CABRAL, 2010). É uma doença silenciosa e seu diagnóstico se dá com frequência já nas fases avançadas quando a diálise e o transplante renal são as únicas opções (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2012).

A nefropatia crônica é uma situação mórbida que tem como preliminar uma série de fatores,

que possui como patologia básica, a falência das funções dos rins, impedindo a eliminação segura dos resíduos do metabolismo do corpo humano, provocando assim um avançado acúmulo dessas substâncias no sangue (THOMASL, ALCHIERILL, 2005).

Quando uma pessoa apresenta seu funcionamento renal reduzido ou anulado, os rins deixam de fazer a filtração de impurezas do organismo, o que caracteriza a síndrome urêmica, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas, causados por anormalidades fisiológicas e bioquímicas, representado pelo aumento de substâncias como ureia e creatinina no organismo (THOMÉ, 1990). De acordo com o mesmo autor, os principais sintomas observados nessa síndrome dependem de sua gravidade, duração ou causa, e podem ser: oligúria, edema, hipertensão arterial, anemia, fadiga, adinamia, anorexia, náuseas, vômitos, insônia, câimbras, prurido, palidez cutânea, xerodermia, miopatias, dismenorreia, atrofia testicular, impotência, infertilidade, déficit cognitivo, déficit de atenção, asterixe, confusão, sonolência, obnubilação e coma (THOMÉ, 1990).

Na insuficiência renal terminal, ocorre incapacidade do rim em manter níveis normais de produtos do metabolismo das proteínas, tais como ureia e creatinina devido ao declínio progressivo da taxa de filtração glomerular. Além destes, sódio, cálcio e fosfato são os principais agentes envolvidos na patogênese das alterações cutâneas da doença renal grave (LUKE, 2001).

De acordo com Oliveira et al (2013) a mortalidade anual em pacientes em programa dialítico no Brasil tem sido estimada em aproximadamente 15%. A principal causa de mortalidade em pacientes com DCR é de origem cardiovascular, sendo 10 a 20 vezes maior quando comparada à população geral, mesmo quando o ajuste é feito para outros fatores de risco, como idade, raça, sexo e presença de diabetes mellitus (FOLEY, PARFREY, SARNAK, 1998). Em face da crescente incidência da doença renal crônica terminal causada pelo diabetes mellitus, torna-se necessário o enfoque preventivo e terapêutico no tratamento do diabetes visando a garantia de melhores resultados na prevenção da DCR (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2012).

Alguns pacientes apresentam uma maior probabilidade de desenvolver a DCR e são considerados grupos de risco, são eles: hipertensos; a hipertensão arterial é comum na doença renal crônica, podendo ocorrer em mais de 75% dos pacientes de qualquer idade; diabéticos: os pacientes diabéticos apresentam risco aumentado para DCR e doença cardiovascular e devem ser monitorizados frequentemente para evitar a ocorrência da lesão renal; idosos: a diminuição fisiológica da filtração glomerular e, as lesões renais que ocorrem com a idade, secundárias a doenças crônicas comuns em pacientes de idade avançada, tornam os idosos susceptíveis a DCR; pacientes com doença cardiovascular (DCV); a doença renal crônica é considerada fator de risco para DCR e estudo recente demonstrou que essa mesma doença se associa independentemente com diminuição da filtração glomerular e com a ocorrência de DCR; familiares de pacientes portadores

de DCR: os familiares de pacientes portadores de doença renal crônica apresentam prevalência aumentada de hipertensão arterial, diabetes mellitus, proteinúria e doença renal. Pacientes em uso de medicações nefrotóxicas neste caso o uso de medicações nefrotóxicas deveria ser evitado ou otimizado nos pacientes com DCR, particularmente quando a FG é menor que $60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ (KIDNEY, 2002).

Independente da doença que provoque a DCR, os principais desfechos em pacientes acometidos pela mesma são as suas complicações (anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral e desnutrição), decorrentes da perda funcional renal, óbito (principalmente por causas cardiovasculares) e falência funcional renal (LEVIN et al. 2008).

O Tratamento decisivo indicado é o transplante renal, entretanto é um processo bastante demorado, e então, como alternativa para manter a vida, decide-se por outros métodos, como por exemplo a diálise (SBN, 2012).

Segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012), em 2011 havia um total de 91.314 pacientes em tratamento dialítico no Brasil, (entende-se por tratamento dialítico, diálise peritoneal e hemodiálise). De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012), Diálise Peritoneal é uma alternativa de terapêutica através do qual o procedimento acontece dentro do corpo do paciente, com a ajuda de um filtro natural como substituto da função dos rins. A esse filtro chama-se peritônio que é uma membrana porosa, semipermeável e transparente que reveste completamente a cavidade abdominal e a superfície dos órgãos digestivos.

O local entre esses órgãos é conhecido como cavidade abdominal, onde o líquido de diálise é colocado e drenado por meio de um cateter. A sonda é fixada no abdome próximo a cicatriz umbilical, por meio de uma pequena cirurgia, recebendo anestesia local e podendo receber alta no mesmo dia. Esse cateter deve ser inserido alguns dias ou semanas antes da primeira diálise permanecendo no local, é flexível e é indolor e fica instalado por tempo indeterminado (SBN, 2012).

A solução de diálise é infundida, fica por um tempo determinado na cavidade abdominal e depois é drenado. A solução penetra no sangue, permitindo que substâncias como creatinina, ureia e potássio que estão acumuladas, assim como o acúmulo de líquidos que não estão sendo eliminados pelos rins, sejam removidos (SBN, 2012).

Esse tratamento é indicado para pacientes que apresentam diagnóstico de insuficiência renal aguda ou crônica e depende das condições clínicas e da escolha do paciente. Essa indicação ocorre após a avaliação da dosagem de ureia e creatinina, potássio, dos ácidos no sangue, da quantidade de urina produzida durante um dia e uma noite (urina de 24 horas), do cálculo da porcentagem de funcionamento dos rins (clearance de creatinina e ureia) e da avaliação de anemia (hemograma,

dosagem de ferro, saturação de ferro e ferritina) (SBN, 2012).

Uma das principais vantagens desse método é que ele permite que o tratamento seja feito a domicílio. Após um período de capacitação, o paciente ou um familiar pode realizá-lo em casa de forma independente. Permitindo que o paciente controle seu próprio tratamento e tenha consciência do seu auto cuidado (SADALA, Et al., 2012).

Existem dois tipos desta diálise: a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) que feita todos os dias pelo familiar e/ou paciente, de forma manual, geralmente são feitas quatro trocas ao dia e podem ser pela manhã, almoço, tarde e noite, de maneira que o tempo estimado para trocar deve ser de 30 minutos. Já a Diálise Peritoneal Automatizada é realizada todos os dias, geralmente a noite antes de dormir o paciente se conecta a uma máquina cicladora que infunde e drena o líquido através de trocas que ocorrem automaticamente conforme a prescrição médica e durante o dia se necessário, podem ser feitas trocas manuais (SBN, 2012).

É comum percebermos que quando diagnosticadas com determinado tipo de doença, muitas pessoas procuram algo que possa ajudá-las de modo efetivo a enfrentar o sofrimento e aflição. Tendo em vista uma situação de fragilidade, baixo autoestima, carência e impotência diante da doença, cuja realidade atual na qual a medicina se encontra é cada vez mais tecnicista e menos humana, o paciente passa a buscar algo “sobre humano”, sagrado, capaz de solucionar seu problema (CORRÊA, 2006).

A religiosidade, a espiritualidade e as crenças pessoais dos pacientes precisam ser agregadas na compreensão da prática clínica do profissional de saúde a fim de estabelecer um tratamento holístico e integrativo (LUCCHETTI; LUCCHETTI; AVEZUM, 2011) e apesar de conceito com interpretações variadas, a espiritualidade pode ser entendida como a crença que aceita e tenta desenvolver a parte espiritual do ser humano em oposição à sua parte material (DANTAS; SÁ, 2007).

Para Concone (1987), quando a medicina não mostra uma saída que agrade ao ser humano ele tenta outro caminho. Entre esses caminhos está a oração que é uma forma de interligação entre o ser humano e a divindade, no caso dos seres humanos que acreditam em um Deus. É através da oração que o homem conversa com Deus a fim de contar seus problemas e expressar o que sente, buscando uma solução que muitas vezes foge do seu alcance (CONCENE, 1987).

A intercessão é uma oração voluntária que visa o bem do próximo e não de si mesmo. Byrd (1988) foi a primeira pessoa a estabelecer os efeitos positivos da oração intercessória. Seu estudo envolveu pacientes da unidade coronariana do San Francisco General Hospital, onde ele comparou 192 clientes que receberam preces de cristãos que não estavam presentes no hospital, 201 pacientes serviam como controle. A partir desse estudo, Byrd notou que de 26 indicadores atribuídos a

pacientes de uma Unidade de Terapia Coronária (UTC), a maior parte das diferenças entre o grupo que recebeu oração e o grupo de controle eram insignificantes estatisticamente. Embora tenha obtido esse resultado, ele observou uma diminuição significativa em algumas complicações médicas no primeiro grupo, identificou índices menores de insuficiência cardíaca congestiva, pneumonias e paradas cardiorrespiratórias; era menor a necessidade de terapia diurética, de antibióticos e intubação ou ventilação respiratória (BYRD, 1988).

Em 1999 os Archives of Internal Medicine da American Medical Association publicaram um novo estudo com 990 pacientes admitidos na UTC do Mid America Heart Institute (MAHI) em Kansas City, no estado de Missouri (EUA). Nesse estudo, os pesquisadores criaram uma escala de 35 itens que foi usada para mensurar o que acontecia durante 28 dias nos quais 15 pessoas dispostas em 3 grupos oravam individualmente. Os intercessores receberam os nomes dos pacientes e oravam diariamente por uma recuperação mais rápida e sem nenhuma complicação. Ao final, os pesquisadores perceberam que o grupo que recebeu orações teve uma redução de 10 a 11% na pontuação total da escala e chegaram a conclusão que a prece pode ser um complemento efetivo para a assistência médica padrão e que estudos posteriores devem ser realizados (HARRIS, et al. 1999).

Em 2001, Leibovici estudou o efeito retrospectivo da oração intercessória em 3393 pacientes adultos com septicemia internados entre 1990 e 1996 que foram controlados e submetidos a intervenção em 2000. O pesquisador chegou a conclusão que ocorreu uma diferença significativa na duração da febre e nos dias de permanência hospitalar no grupo da intervenção (LEIBOVICI, 2001).

Astin realizou uma revisão sistemática sobre várias formas de cura a distância, incluindo a oração intercessória, e concluiu que apesar de existir várias limitações nos estudos, 57% deles demonstraram eficácia de cura a distância (ASTIN, et al. 2000).

A religião é muitas vezes usada a fim de encontrar respostas para variadas situações, que muitas vezes parece impossível, como é o caso das doenças incuráveis. Esse encontro do ser humano com o sagrado, no momento de necessidade é conceituado por Mondin (1980), como um encontro com Deus, um contato pessoal com Ele, o reconhecimento humilde e devoto do seu valor absoluto e sua santidade.

A qualidade de vida relacionada à saúde está diretamente ligada à avaliação da subjetividade do paciente, associados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver integralmente (BULLINGER, 1995). De acordo com os mesmos autores, o termo qualidade de vida é mais geral, e agrega uma diversidade de potencial maior de condições que podem afetar a concepção do indivíduo, o que ele sente e como se comporta, referente ao seu funcionamento diário,

de forma que inclui, porém não se limita a sua condição de saúde e as interferências médicas (BULLINGER, 1995).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através do grupo de qualidade de vida da divisão de saúde mental, define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994). Dessa forma, foram elaborados instrumentos de coleta de dados (WHOQOL-100 e o WHOQOL BREF) que se baseiam na hipótese de que qualidade de vida é uma percepção subjetiva do indivíduo em questão, multidimensional e que apresenta dimensões positivas e negativas. Esses instrumentos foram aplicados em 15 centros simultaneamente em diferentes culturas. O WHOQOL-100 contém 100 questões que avaliam o estado físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambientes e espiritualidade/crenças pessoais. Já o WHOQOL BREF é uma versão simplificada composta por 26 questões e avalia o estado físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo:

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, duplo cego, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa, tem seus fundamentos no pensamento positivista lógico, busca enfatizar o raciocínio dedutivo, seguir as regras da lógica e os atributos que podem ser medidos, da experiência humana (POLIT, BECKER E HUNGLER, 2004).

Diferentemente da pesquisa qualitativa, na quantitativa os resultados podem ser quantificados como retrato real de toda a população alvo da pesquisa. É centrada na objetividade e sofre influência do positivismo, considerando que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos através de instrumentos padronizados e neutros (FONSECA, 2002).

3.2 Locus da pesquisa:

O locus do estudo foi uma Clínica que atende a pacientes em tratamento de doença renal e os sujeitos do estudo foram pacientes em tratamento por Insuficiência Renal Crônica que realizam Diálise Peritoneal. Após encaminhado e aprovado pelo comitê de ética pelo parecer de nº 1.619.626. No período de Agosto de 2016 a Julho de 2017, pacientes com diagnóstico de doença renal crônica grau 5, ou seja, pacientes em terapia renal substitutiva, foram convidados a participarem do estudo.

3.3 Critérios de avaliação:

Os critérios de avaliação quantitativos a serem analisados foram a qualidade de vida e os que a Clínica de nefrologia já avalia rotineiramente, que são: Ktv renal, episódios de peritonite, Creatinina, Hemoglobina, Ureia, Albumina Sérica, Proteína C reativa Sérica e Fósforo. Os dados laboratoriais foram fornecidos pelo prontuário de cada paciente. Outro instrumento utilizado foi o Short Form-36 (SF-36), que mede a qualidade de vida e foi desenvolvido no final dos anos 1980 nos Estados Unidos. O SF-36 foi traduzido, adaptado e validado para a cultura brasileira, sendo utilizado para avaliar a qualidade de vida da população geral. É um instrumento de fácil acesso, possível de ser utilizado em diferentes populações e faixas etárias.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão:

Os critérios de inclusão foram: fazer parte do grupo de pacientes, independente do sexo, acompanhados por um nefrologista, possuir diagnóstico de IRC grau 5, ter idade superior a 18 anos e realizar diálise peritoneal, e foram excluídos os pacientes que estiveram internados no período da pesquisa e os que não tiveram consulta no período .

3.5 Amostra:

A população de pacientes em diálise peritoneal da Clínica era de 93 pacientes, destes, 50

foram selecionados por conveniência em virtude do dia de consulta e disponibilidade da pesquisadora. Devido a intercorrências diversas 39 pacientes restaram ao final da pesquisa.

3.6 Método:

No primeiro encontro foi realizado um sorteio, através do qual os pacientes foram distribuídos por grupos. O sorteio foi feito da seguinte forma: em uma caixa pequena foram colocadas 3 números diferentes (1, 2 e 3), um em cada papel, o participante da pesquisa foi convidado a retirar um papel da caixa e a partir daí, o mesmo foi alocado em um dos grupos codificados em: Grupo 1; Grupo 2 e Grupo 3. A disposição dos grupos foi feita pelo orientador da pesquisa a fim de que nem os participantes nem a pesquisadora soubessem quem eram os componentes de cada grupo.

3.7 Disposição dos grupos:

Grupo (1) – pacientes controle (nenhuma oração intercessória foi realizada);

Grupo (2) - pacientes que receberam oração intercessória e ficaram sabendo que pessoas intercederam por eles;

Grupo (3) - pacientes que receberam oração intercessória e não tiveram ciência da intercessão.

A fim de manter o estudo no modo cego, o seguinte recurso foi utilizado:

Grupo (1) - Controle – receberam um envelope com um poema de Carlos Drumond de Andrade.

Grupo (2) - Grupo que recebeu as orações intercessórias com ciência da oração- recebeu uma carta dos intercessores informando que seus nomes estarão sendo apresentados a Deus em oração.

Grupo (3) - Grupo que recebeu as orações e não ficaram sabendo- receberam um envelope com um poema de Carlos Drumond de Andrade.

3.8 Etapas da pesquisa:

1ª Etapa: foi realizado o sorteio, aplicação do questionário sobre qualidade de vida e coleta de dados do prontuário;

2ª Etapa: momento após o contato inicial: foram coletados apenas os dados dos prontuários;

3ª Etapa: momento após contato inicial: foi realizada a aplicação do questionário sobre qualidade de vida e coleta de dados do prontuário.

3.9 Instrumentos de coleta de dados:

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: o questionário de qualidade de vida SF 36, o prontuário de cada paciente contendo os exames realizados: Ktv renal, episódios de peritonite, Creatinina, Ureia, Fósforo, Hemoglobina, Albumina Sérica e Proteína C reativa Sérica.

3.10 Intervenção:

A oração intercessória foi feita por intercessoras que professam a fé Cristã e vivem como missionárias de tempo integral ou membros de igrejas evangélicas. Essas intercessoras receberam os nomes dos pacientes e mobilizaram tantos quantos outros intercessores julgaram necessários. As mesmas não tiveram contato físico com os pacientes e nem acesso aos prontuários dos mesmos.

3.11 Análise dos dados:

O banco de dados foi criado no MS Excel 2010 e analisado no software R (versão 3.4.2), onde foi realizada análise descritiva (frequência absoluta/relativa, mediana e quartis). A normalidade da distribuição dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk, da análise da simetria e achatamento da distribuição e o da homogeneidade das variâncias por meio do teste de Levene.

Com o objetivo de identificar a existência de associações significativas entre as variáveis qualitativas de interesse usou-se o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher. Com o objetivo de identificar diferenças significativas entre os momentos de avaliação estratificados por grupo para as variáveis quantitativas usamos a ANOVA para medidas repetidas, Friedman, t-student ou Wilcoxon a depender do número de momentos avaliados, da escala da mensuração e da normalidade da distribuição dos dados e entre as variáveis qualitativas o teste Q de Cochran.

Foi calculada a diferença entre o último e o primeiro momento de avaliação e verificada a existência de diferenças estatisticamente significantes de acordo com o grupo, para isto usamos a ANOVA ou teste de Kuskall-Wallis.

O nível de significância estabelecido para este trabalho foi de 5%.

O estudo foi baseado na Resolução número 466, de dezembro de 2012 que fundamenta as pesquisas com seres humanos. Entre as exigências da resolução, está a obrigatoriedade de que os participantes, ou representantes deles, sejam esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios. A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que é um documento que informa e esclarece o participante da pesquisa de maneira que ele possa tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre a sua participação em um projeto de pesquisa. É uma proteção legal e moral do pesquisador e do pesquisado, visto ambos estarem assumindo responsabilidades.

4 RESULTADOS

A pesquisa se iniciou com 50 pacientes, entretanto houve uma perda 11 (22%) participante, restando 39 pacientes entrevistados. Dos que restaram, 11 ficaram no grupo 1, 15 no grupo 2 e 13 no grupo 3.

TABELA 1 – MOTIVOS DE SAÍDAS DO PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL

Amostra Inicial	50		
Motivo de saída	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Transplante	1	0	0
Peritonite	1	0	2
Morte	2	0	1
Hemodiálise	2	0	2
Total	6	0	5

FONTE: A autora (2017)

4.1 Características sócio demográficas

Os dados sócio demográficos estão demonstrados na Tabela 2 abaixo, nota-se uma predominância no sexo masculino, a religião prevalente foi a católica, a maioria dos participantes residem em Salvador e possuem nível fundamental completo.

TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA AMOSTRA ANALISADA

Características Sócio demográficas	f %	
Sexo	Masculino	23 (59,0)
	Feminino	16 (41,0)
Religião	Católica	31 (79,5)
	Protestante	6 (15,3)
	Outras	2 (5,1)
Cidade	Salvador	26 (66,7)
	Demais Cidades	13 (33,3)
Escolaridade	Nível Fundamental Incompleto	11 (28,2)
	Nível Fundamental Completo	14 (35,8)
	Nível Superior Completo	

				13 (33,3)
Profissões	que	mais	Aposentado	11 (28,1)
apareceram			Professora	4 (10,1)
			Do lar	4 10,1

FONTE: A autora (2017)

Para a análise estatística foi considerado o valor da mediana e dos intervalos inter quartis dos escores dos participantes.

4.2 Qualidade de Vida

No grupo controle (G1) os dados podem ser verificados na Tabela 3, no que se refere aos aspectos sociais, capacidade funcional, dor, estado geral, limites físicos, limites emocionais, saúde mental e vitalidade que são domínios estabelecidos pelo SF 36 para se analisar qualidade de vida, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DE QUALIDADE DE VIDA DO GRUPO 1

Momento		Antes		Depois		G1
Variáveis	Mediana	Q1-Q3	Mediana	Q1-Q3	P-valor	
Aspectos Sociais	87,5	(56,2) (100)	93,7	(78,1) (100)	0,22	
Capacidade Funcional	67,5	(28,7) (85,0)	60	(30,0) (72,5)	0,46	
Dor	86	(27,7) (100)	100	(27,7)(100)	0,68	
Estado Geral	56	(47) (67)	52	(43,2) (62,0)	0,48	
Limite Físico	25	(0) (100)	50	(50,0) (93,7)	0,39	
Limites Emocionais	100	(66,6) (100)	100	(49,7) (100)	0,71	
Saúde Mental	84	(57) (97)	74	(65) (92)	0,94	
Vitalidade	60	(55) (77,5)	72,5	(61,2) (78,7)	0,16	

FONTE: A autora (2017)

No grupo que recebeu oração sabendo que haviam pessoas orando por eles (G2), os dados estão demonstrados na Tabela 4, onde não encontra-se diferenças estatisticamente significantes, esses dados sugerem que as diferenças individuais de melhora ou piora na amostra não pode ser detectada, provavelmente por reduzido número de participantes, o que foi muito influenciado pela discrepância dos valores.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DE QUALIDADE DE VIDA DO GRUPO 2

Momento						
		Antes		Depois		G2
Variáveis	Mediana	Q1-Q3	Mediana	Q1-Q3	P-valor	
Aspectos Sociais	68,7	(40,6) (100)	87,5	(37,5) (100)	0,72	
Capacidade	65	(57,5) (90)	85	(51,2) (98,7)	0,72	
Funcional						
Dor	100	(72) (100)	72	(36) (100)	0,16	
Estado Geral	42	(34,5) (70,7)	58,5	(42,7) (70,7)	0,11	
Limite Físico	75	(50) (93,7)	87,5	(25) (100)	0,76	
Limites	100	(8,33) (100)	100	(41,6) (100)	0,52	
Emocionais						
Saúde Mental	90	(65) (95)	86	(66) (100)	0,35	
Vitalidade	75	(66,2) (78,7)	72,5	(60,0) (96,2)	0,4	

FONTE: A autora (2017)

No grupo que recebeu oração sem saber que estava, recebendo (G3) se observou diferença estatisticamente significativa nos valores de Creatinina e assim como o G2, os valores discrepantes dos outros domínios desse grupo, podem ter sido influenciado pelo número reduzido de participantes, uma vez que a amostra do mesmo foi de 13 componentes.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DE QUALIDADE DE VIDA DO GRUPO 3

Momento						
		Antes		Depois		G3
Variáveis	Mediana	Q1-Q3	Mediana	Q1-Q3	P-valor	
Aspectos Sociais	50	(25) (81,2)	75	(46,8) (100)	0,12	
Capacidade	52,5	(33,7) (86,2)	75	(21,2) (80,0)	0,66	
Funcional						
Dor	61,5	(39) (100)	61	(46,7) (100)	0,94	
Estado Geral	49,5	(35,7) (67,0)	52	(38,0) (58,1)	0,88	
Limite Físico	75	(37,5) (100)	37,5	(0,0) (100)	0,16	
Limites	100	(66,6) (100)	100	(49,5) (100)	0,35	
Emocionais						
Saúde Mental	80	(51) (90)	72	(64) (87)	0,88	
Vitalidade	65	(33,7) (86,2)	67,5	(52,5) (76,2)	0,22	

FONTE: A autora (2017)

Comparando o grupo controle (G1) com o grupo que estava recebendo oração sabendo (G2)

temos: uma discrepância nos valores de Capacidade Funcional, Estado geral, Limite Físico, Saúde Mental. Os valores Limites Emocionais e Vitalidade não demonstraram diferenças estatisticamente significantes.

TABELA 6 - COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS FINAIS DE QUALIDADE DE VIDA DOS GRUPOS 1 E 2

Momento							
		Antes		Depois		G1+ G2	
Variáveis	Mediana	Q1-Q3	Mediana	P- valor	Q1-Q3	P-valor	
Aspectos	93,7	(78,1) (100)	0,22	87,5	(37,5) (100)	0,72	
Sociais							
Capacidade Funcional	60	(30,0) (72,5)	0,46	85	(51,2) (98,7)	0,72	
Dor	100	(27,7)(100)	0,68	72	(36) (100)	0,16	
Estado Geral	52	(43,2) (62,0)	0,48	58,5	(42,7) (70,7)	0,11	
Limite Físico	50	(50,0) (93,7)	0,39	87,5	(25) (100)	0,76	
Limites Emocionais	100	(49,7) (100)	0,71	100	(41,6) (100)	0,52	
Saúde Mental	74	(65) (92)	0,94	86	(66) (100)	0,35	
Vitalidade	72,5	(61,2) (78,7)	0,16	72,5	(60,0) (96,2)	0,4	

FONTE: A autora (2017)

Comparando o grupo controle (G1) com o grupo que recebia oração sem saber (G3), apesar de haver uma diferença desarmônica entre os valores individuais, também não foi perceptível diferenças significantes estatisticamente.

TABELA 7 - COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS FINAIS DE QUALIDADE DE VIDA DOS GRUPOS 1 e 3

Momento							
		Antes		Depois		G1 + G3	
Variáveis	Mediana	Q1-Q3	Mediana	P- valor	Q1-Q3	P-valor	
Aspectos	93,7	(78,1) (100)	0,22	75	(46,8) (100)	0,12	
Sociais							
Capacidade Funcional	60	(30,0) (72,5)	0,46	75	(21,2) (80,0)	0,66	
Dor	100	(27,7)(100)	0,68	61	(46,7) (100)	0,94	
Estado Geral	52	(43,2) (62,0)	0,48	52	(38,0) (58,1)	0,88	
Limite Físico	50	(50,0) (93,7)	0,39	37,5	(0,0) (100)	0,16	
Limites Emocionais	100	(49,7) (100)	0,71	100	(49,5) (100)	0,35	

Emocionais

Saúde Mental	74	(65) (92)	0,94	72	(64) (87)	0,88
Vitalidade	72,5	(61,2) (78,7)	0,16	67,5	(52,5) (76,2)	0,22

FONTE: A autora (2017)

Verifica-se que não houve uma diferença significativa entre as medianas, quando analisadas ao longo do tempo, exceto nos valores da Creatinina do grupo 3.

4.3 Exames Laboratoriais

Foram estudados os dados referentes a Hemoglobina, Albumina, Fósforo, KTV, PCR, Ureia e Creatinina. Pode-se perceber que os valores de PCR do G1 variou consideravelmente. Foi possível também verificar que houve alteração significativa ao longo do tempo nos valores de Creatinina do G3, atingindo um resultado estatisticamente significante.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS GRUPO 1, 2 E 3

Momento		Antes		Depois		G1, G2,G3
Variáveis	Mediana	Q1-Q3		Mediana	Q1-Q3	P-valor
Hemoglobina (G1)	10,6	(10,0) (11,9)		10,4	(9,1) (11,5)	0,12
Hemoglobina (G2)	11,2	(10,3) (13,0)		10,8	(9,6) (10,9)	0,22
Hemoglobina (G3)	10,8	8,9 12,1		11	(9,8) (11,4)	0,99
Albumina (G1)	3,7	(3,2) (3,9)		3,6	(3,3) (3,8)	0,25
Albumina (G2)	3,9	(3,6) (4,0)		3,7	(3,5) (3,8)	0,14
Albumina (G3)	3,9	3,5 4,2		3,8	(3,5) (4,0)	0,92
Fósforo (G1)	4,9	(4,3) (5,9)		5,9	(4,3) (6,3)	0,96
Fósforo (G2)	5,4	(4,4) (6,1)		5,8	(4,7) (6,3)	0,89
Fósforo (G3)	5,5	4,5 6,0		5,3	(4,2) (6,2)	0,39
Ktv (G1)	2,2	(2,0) (2,4)		2	(1,5) (1,3)	0,44
Ktv (G2)	1,6	(1,4) (2,4)		2,2	(1,7) (2,5)	0,39
Ktv (G3)	3,4	2,1		2,9	2,4)	0,47
PCR (G1)	6,5	(2,8) (16,2)		2,3	(1,6) (26,1)	0,08
PCR (G2)	0,9	(0,6) (10,0)		2,3	(1,3) (7,0)	0,79
PCR (G3)	1,6	1,0 5,6		8,1	(2,5) (12,5)	0,22
Ureia (G1)	96	(90) (110)		96	(83) (128)	0,32
Ureia (G2)	104	(87,5) (121,5)		109	(95,0) (141,5)	0,58

Ureia (G3)	107	86,7 134,7	107	(98,7) (142,7)	0,69
Creatinina (G1)	9,55	(5,6) (12,1)	11,1	(12,1) (13,2)	0,25
Creatinina (G2)	8,2	(6,5) (12,9)	11	(9,1) (11,6)	0,22
Creatinina (G3)	7,6	(5,4) (9,9)	9,3	(5,3) (11,8)	0,01

FONTE: A autora (2017)

5 DISCUSSÃO

O estudo mostrou que a maioria dos participantes moram e fazem tratamento em Salvador, o que podemos relacionar a maior concentração de especialistas na capital da Bahia, e são do sexo masculino e segundo o Censo Brasileiro de Diálise (2011), dentre 50.128 pacientes em diálise, 57,3% eram homens.

A análise dos dados evidenciou que os participantes estudados encerraram a pesquisa com um elevado índice de qualidade de vida, já que sete dos domínios de QVRS medidos pelo instrumento SF-36 apresentaram escore maior que 50 e apenas um domínio foi menor, isto

provavelmente pode ser influenciado pela diálise peritoneal em relação a hemodiálise. Sob o ponto de vista da saúde, Dreher e Godoy (2003) mostram que a QV pode ser dividida em seis dimensões: física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual. Minayo (2000), por sua vez, entende que QV é uma noção eminentemente humana, que mantém relação com o grau de satisfação do indivíduo com sua vida familiar, amorosa, social, ambiental e existencial, abrangendo os conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, em determinada época, local e situação.

Quanto a denominação religiosa, a amostra estudada apresentou prevalência de 79,4% de católicos, 15,3% de evangélicos, e 5,1% relataram pertencer, a outras religiões. De acordo com os dados do Censo (2010), 64,99% da população brasileira referiam ser católicos, 22,16% evangélicos e 8,04% sem religião. Na Bahia de acordo com o mesmo Censo, 9.245.894 pessoas disseram pertencer a religião católica enquanto 2.440.925 disseram-se evangélicos. E da população total, 1,2% possuem Insuficiência Renal Crônica.

Pressupõe-se que um fator que pode contribuir para a qualidade de vida desses pacientes crônicos, é que pessoas religiosas apresentam um comportamento saudável. Estudos realizados na área da Saúde Pública demonstraram que pessoas religiosas tem probabilidades diminuídas de apresentar comportamentos de risco, como o uso de álcool, cigarro ou outras drogas (FLECK, 2008). Segundo Peres, Simão e Nasello (2007) Crenças e práticas religiosas podem diminuir perda de controle, estresse e sensação de desamparo, permitindo que a estrutura cognitiva reduza sofrimento e torne o tratamento mais eficaz, e de acordo com Giovelli et al., (2000) crenças e práticas religiosas do paciente com doença crônica constituem fontes de apoio social.

Embora a maioria dos resultados encontrados não tenham sido significativos nos valores referentes aos exames laboratoriais, foi encontrado resultado estatisticamente positivo na Creatinina do grupo 3, e essa substância é um dos principais avaliadores da função renal. De acordo com Bregman, (2007), a maioria dos exames laboratoriais que avaliam a função renal tenta estimar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), já que o seu ritmo é uma medida direta da função renal, sendo um indicador do número de néfrons funcionantes. Estimativas da TFG através da depuração de creatinina com urina de 24 horas e creatinina sérica foram as formas mais usadas nos últimos anos.

Nos resultados do estudo, não houveram resultados negativos e no caso de doenças crônicas, a espiritualidade pode ser mediadora cognitiva para a interpretação de eventos adversos de maneira positiva, promovendo ajustamento e adaptação dos indivíduos às condições de saúde (GASTAUD et.al.,2006) . De acordo com Lima, Baldissera e Jaques (2011) A espiritualidade pode ser utilizada como estratégia de enfrentamento de situações críticas da vida, pois pode aumentar o senso de propósito e o significado da vida, associados a maior resistência a estresse relacionado a

doenças.

De acordo com Sales et. Al (2009), a fé ou a busca pela ajuda divina faz com que a pessoa se projete na procura de recursos na luta contra a doença. Portanto, sentimos que para eles refletir, orar ou rezar é uma maneira de se aproximar de Deus e de ter forças para suportar as instabilidades impostas pela doença.

Quando comparado o grupo controle (G1) com o G2 que recebia oração sabendo que estava recebendo, verificou-se que ocorreu uma discrepância nos valores de Capacidade Funcional, Estado geral, Limite Físico e Saúde Mental e foi possível confrontar com Rocha e Ciosak (2014), quando eles afirmam que além da espiritualidade, o ato de rezar ou orar pode acrescentar otimismo ao processo de enfrentamento e manejo da doença crônica. A prática de orar é benéfica de diversas formas, uma vez que, além de pedidos a Deus, muitas vezes são feitas orações de agradecimento pela vida, pela saúde e pela família, o que resulta em aumento de sentimentos de gratidão. O impacto no enfrentamento de situações críticas acontece quando a espiritualidade do indivíduo é aplicada na vida cotidiana e inerente a seus valores, ideais e crenças mais íntimas.

Apesar da controvérsia científica sobre os efeitos da espiritualidade sobre a saúde, fica a reflexão de Roberts: *“Deve ficar claro que, se esses benefícios vêm de uma intervenção ou resposta de Deus aos apelos da oração e da espiritualidade, isso vai estar sempre além daquilo que a ciência possa ou não provar”* (ROBERTS; AHAMED; HALL, 2000), afinal para milagres não existem testes estatísticos.

Os profissionais de saúde poderiam valorizar mais o cuidado relacionado à religiosidade em pacientes de doenças crônicas e contribuir para melhorar sua qualidade de vida, utilizando as ferramentas de pesquisa em religiosidade e espiritualidade por meio dos instrumentos de medida validados no Brasil (TAUNAY, et. al., 2012)

Este estudo analisa a influência da oração intercessória na qualidade de vida em um ensaio clínico randomizado; no entanto, apresenta limitações, uma vez que não se evidenciou uma relação significativa entre as variáveis ao passar do tempo. O tamanho da amostra também limita a abrangência da pesquisa, deixando claro que a mesma poderia ter sido realizada com toda a população da clínica, ou até mesmo pacientes de outras clínicas.

De acordo com Koenig, George e Tito (2004) se faz imprescindível considerar a importância cultural e os aspectos psicossociais como influenciadores dos comportamentos individuais e em grupo na clínica, os quais podem favorecer o enfrentamento da doença, a adesão ao tratamento e a busca de melhor qualidade de vida. A compreensão de aceitar e estimular a religiosidade a fim de incentivar o paciente a lidar com sua doença e seus efeitos no cotidiano, assim como de preservar uma dimensão de seus direitos humanos, é concordante também com a

perspectiva de saúde adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a define não apenas como ausência de doenças, mas como estado do mais completo bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990)

Finkelstein et al., (2007) realizou um editorial para a revista *Nephrology Dialysis Transplantation* e teve como tema central a relação entre espiritualidade, qualidade de vida e paciente em diálise. Os autores colocam em seu editorial que "a relação entre qualidade de vida e espiritualidade certamente necessita ser explorada em maiores detalhes, visto ser tão difícil conseguir um impacto positivo na qualidade de vida de pacientes em diálise" e terminam o editorial questionando: "Não parece ser razoável então explorar o papel da espiritualidade na coordenação e suporte ao cuidado desses pacientes?".

Dos dados analisados neste estudo, a significância estatística nos valores de Creatinina, no grupo que recebia oração sem saber, a ausência de óbitos, peritonite e transferência para hemodiálise no grupo que recebeu oração e sabia, sugere um fator de proteção a ser investigado em estudos com maior amostra e divisões de grupos ajustados para fatores de risco destes desfechos. Estes dados também sugerem que intervenções na área espiritual podem necessitar do envolvimento do paciente, pois o grupo que tinha ciência da intervenção se destacou nos dados de ausência de mortes, peritonite e saída do programa de diálise peritoneal para hemodiálise.

A fé e as orações foram referidas como meio de acessar uma aproximação com o sagrado buscando proteção e apoio diante de situações adversas. Esta pesquisa objetivou contribuir para o favorecimento da reflexão e discussão científica sobre a importância de considerar o fenômeno da espiritualidade como uma dimensão da existência humana pertencente à constituição do bem-estar em benefício da saúde.

Certamente intervenções divinas não se limitam a testes estatísticos e a história de curas individuais conhecidas, nunca são estatisticamente significantes.

Dessa forma, torna-se importante a aproximação dos profissionais de saúde com o tema, haja vista que pouco se tem focado a questão da espiritualidade nos planos de cuidado. De acordo com Mariotti et.al., (2011) muitos profissionais não se sentem à vontade para lidar com o assunto, talvez porque as universidades não preparam seus estudantes para essa temática.

Entende-se que o debate da relação entre fé, espiritualidade, doença, cura e saúde deve progredir à medida que prosseguem os avanços científicos e biotecnológicos (MOREIRA-ALMEIDA et.al., 2010). Reconhecer melhores estudos e identificar melhores evidências que comportem a associação entre espiritualidade e saúde, estabelece assim, um novo, intrigante e profundo paradigma para a medicina moderna (OLIVEIRA et.al., 2013). No entanto, ainda há muito a ser conhecido e mais pesquisas devem ser feitas, a fim de investigar e explorar as relações

entre a espiritualidade e a saúde.

6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados podemos concluir que a oração intercessória na amostra estudada não apresentou diferença estatística do controle em critérios como qualidade de vida e apresentou resultado estatisticamente positivo em apenas um dado laboratorial, porém podemos observar mesmo diante da pequena amostra, fatores de benefício da oração intercessória como ausência de mortes, menos peritonite e menos saída do programa. Novos estudos devem ser conduzidos visando esclarecer o papel da participação ativa do paciente com o intercessor nas intervenções envolvendo a relação com o Divino.

REFERÊNCIAS

ASTIN, J.A.; HARKENSS, E.; ERNST, E. The efficacy of “distant healing”: a systematic review of randomized trials. **Ann Intern Med.** n. 132 (11), p. 903-10, jun. 2000.

BALBONI, J.M. It Depends”: Viewpoints of Patients, Physicians, and Nurses on Patient-Practitioner Prayer in the Setting of Advanced Cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 41, p. 836-847, Mai 2011.

BASTOS, J.M. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. Minas Gerais, v. 26, p. 202-215, Set 2004.

BASTOS, M; KIRSZTAJN, G. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**. n.33(1), p.93-108, 2011.

BEARON, L.B.; KOENING, H. G. Religious cognitions and use of prayer in health and illness. **The Gerontologist**, v. 30, p. 249-253, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS — Doutrinas e princípios. Brasília, 1990

BULLINGER, M. German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA project. *Soc. Sci. Med.* 1995;41:1359-66.

BYRD, R.C.; Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a Coronary Care Unit Population. **Southern Medical Journal**, v.81, 1988.

CABRAL, A.L.L.V. Itinerários terapêuticos: compreendendo a trajetória de pessoas em hemodiálise no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas; 2010.

CHATTERS, L. Religion and health: Public health research and practice. **Ann Rev Pub Hlth**. v. 21, p.335, 2000.

CONCONE, M.H.V.B. *Umbanda, uma Religião Brasileira*. São Paulo: CER/USP. EDUSP, 1987. Coordenação Geral de Alta Complexidade, Secretaria de Assistência à Saúde Brasil, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção ao portador de doença renal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Cadernos de Atenção Especializada, 2).

CORRÊA, D.A.M. Religião e saúde: Um estudo sobre as representações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de orações de RCC de Maringá, PR. **MARINGÁ**, v.5, p. 134-141, 2006.

DANTAS FILHO, V.P.; SÁ, F.C. Ensino médico e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**. V.31(2), P. 273-80, 2007.

DREHER, D.Z.; GODOY, L.P. A qualidade de vida e a prática de atividades físicas: estudo de caso analisando o perfil do frequentador de academias. [anais]. XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Ouro Preto: Enegep; 2003.

DREHER, D.Z.; GODOY, L.P. A qualidade de vida e a prática de atividades físicas: estudo de caso analisando o perfil do frequentador de academias. [anais]. XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Ouro Preto: Enegep; 2003.

FINKELSTEIN, F.O, WEST, W, GOBIN, J, FINKELSTEIN, S.H, WUERTH, D. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. **Nephrol Dial Transplant**. v. 22, p. 2432-4, 2007.

FLECK, M.P.A. A avaliação de qualidade de vida. **Artmed**. Porto Alegre, 2008.

FOLEY, R.N.; PARFREY, P.S.; SARNAK, M.J. Clinical epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease. **Am J Kidney Dis**. v. 32, p.112-9, 1998.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GALLUP, G.; CASTELLI, J. The People's Religion: American Faith in the 90's. New York, Macmillan. **Time**. v. 24, p.62, 1989.

GASTAUD, M.B.; SOUZA, L.D.M.; BRAGA, L.; HORTA, C.L.; OLIVEIRA, F.M.; SOUSA, P.L.R. et al. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. **Rev Psiquiatria**. Rio Gd Sul. v. 28(1), p. 12-8, 2006.

GIOVELLI, G.; LUHRING, G.; GAUER, G.J.C.; CALVETTI, P.Û.; GASTAL, R.; TREVISAN, C. et al. Espiritualidade e religiosidade: uma questão bioética? **Rev Sorbi**. v. , p. 1-12, 2008.

HARRIS, W.S.; GOWDA, M.; KOLB, J.W.; STRRYCHACZ, C.P.; VACEK, J.L.; JONES, P;G. Is randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. **Arch Intern Med**. v. 159(19) p. 2273-8, Out 1999.

HIATT, J.F. Spirituality, Medicine, and healing. **South Med J**. v. 79 p. 736, 1986.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro; [2010] - [acesso em 29 ago 2016]. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1489&z=cd&o=13&i=P>>

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis.** v. 39, p. 246, 2002.

KOENING H.G, GEORGE L.K, TITO P. Religion, spirituality and health ill hospitalized older patients. **J Am Geriatr Amer Soc.** v. 53(4), p. 554-62, 2004.

KOENING, H.G.; McCULLOUGH, M.; LARSON, D.B. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. Oxford University Press, 2001.

KUHN, T. S. A estrutura das revoluções científicas. **São Paulo: Perspectiva**, 1992.

LEIBOVICI, L. Effects of remote, retroactive intercessor prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial. **BMJ.** v. 323 (7327), p 22-29; 1450-1, 2001.

LEVIN, A.; HEMMELGAM, B.; CULLETON, B.; TOBE, S.; MCFARLANE, P.; RUZICKA, M. et al. Guidelines for the management of chronic diseases. **CMAJ.** v. 179, p.1154-62, 2008. disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/179/11/1154/DC1>.

LIMA, V.R.; BALDISSERA, V.D.A.; JAQUES, A.E. A vivência com a hipertensão arterial sistêmica e a utilização de estratégias de enfrentamento. **Arq Ciências Saúde Unipar.** v. 15(3) p. 219-26, 2011.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A.L.G.; AVEZUM JUNIOR, A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Rev Bras Cardiol.** v. 24(1), p. 55-7, 2011.

LUKE, R.G. Insuficiência renal crônica. In: Goldman L, Bennet JC editors. Cecil: **tratado de medicina interna.** 21º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 632-44, 2001.

MADEIRA, E.Q.P.; LOPES, G.S.; SANTOS, S.F.F. A investigação epidemiológica na prevenção da insuficiência renal terminal. Ênfase no estudo da agregação familiar. **Medonline**[periódico online]1998 Abr-Jun [consultado em : 2016 nov 06]; 1 (2): [21 telas]. Disponível em: URL:<http://www.medonline.com.br/med_ed/med2/epidemio.htm>.

MARIOTTI, L.G.; LUCCHETTI, G.; DANTAS, M.F.; BANIN, V.B.; FUMELLI, F.; PADULA, N.A. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. **Med Teach.** v. 33(4), p. 339-40, 2011.

MINAYO, M.C.S. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. **Hucitec**, 10ª Ed. São Paulo, 2011.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 5(1), p. 7-31, 2000.

MONDIN, B. O homem: quem ele é? Elementos de antropologia filosófica. **Paulus**, 10^a. Ed. São Paulo, 1980.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.A.; POPKIN, B.M. Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. **Public Health Nutr** v. 5 p. 105-12, 2002.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKY, I.; ZELANSKI, M.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiquiatr Clin**. v. 37(1) p. 12-5, 2010.

NAHAS, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2001.

OLIVEIRA, G.R.; NETO, J.F.; SALVI, M.C.; CAMARGO, S.M.; EVANGELISTA, J.L.; ESPINHA, D.C.M, *et al.* Health, spirituality and ethics: patients' perceptions and comprehensive care. **Rev Soc Bras Clin Med**. v. 11(2) p. 140-4, 2013

PERES, J.F.P.; SIMÃO, M.J.P.; NASELLO, A.G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev Psiquiatr Clín**. v. 34, p. 136-45, 2007.

RIBEIRO, R. C. H. M. et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem** v.31, p. 207-211, 2008.

RIELLA, M.C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; cap. 36, p. 649-60, 2003.

ROBERTS, L.; AHAMED, I.; HALL, S. Intercessory prayer for the alleviation off ill health. **Cochrane Database Syst**. v. 2, 2000.

ROCHA, A.C.A.L.; CIOSAK, S.I. Espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso. In: Costa AP, Reis LP, Souza FN, Luengo R, editores. **Libro de Actas de 3º Congreso Ibero-Americano em Investigación Cualitativa**. v.2, p. 14-16, 2014.

SADALA, Maria Lúcia Araújo et al. A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 68-75, 2012. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_10.pdf>. Acesso em 06 jul. 2015

SALES, C.A.; TIRONI, N.M.; D'ARTIBALE, E.F.; SILVA, M.A.P.; VIOLIN, M.R.; CASTILHO, B.C. O cuidar de uma criança com Diabetes mellitus tipo 1: concepções dos cuidadores informais. **Rev Eletrônica Enferm.** Vv.11(3), p. 563-72, 2009.

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia. Banco de Dados 2007. Disponível em . 08 de janeiro de 2016, 2016.

SBN a, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo nos centros de Diálise no Brasil, disponível em <http://www.sbn.org.br/censo/2007/SBN_Censo_Dialise_2007.doc> Acesso em 08 de Nov de 2016
SESSO, R.; GORDAN, P. Dados Disponíveis Sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.XXIX, n.1, mar, 2007.

SESSO, R.C.C.; LOPES, A.A.; THOMÉ, F.S.; LUGON, J.R.; WATANABE, Y.; SANTOS, D.R. Diálise crônica no Brasil - relatório do censo brasileiro de diálise, 2011. **J. Bras. Nefrol.** v. 34(3) p. 272-277, 2012

SHILDER, N.R.; PETERSON, R.A.; KIMMEL, P.L. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. **Am. J. Kidney Dis.**, New York, v. 32, n. 4, p. 557-566, 1998.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

STORMIE, O. O poder dos pais que oram. 1ª Ed. São Paulo: **Mundo Cristão**, 2013.

TAUNAY, T.C.D.; GODIM, F.A.A.; MACÊDO, D.S.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GURGEL,; ANDRADE, L.M.S, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev Psiquiatr Clin.** v. 39(4), p. 130-35, 2012.

THOMASL, T. V.; ALCHIERILL, J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. **Avaliação Psicológica**, v. 4, p. 57-64, 2005.

THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência Renal Crônica. In: BARROS, E.G. et al. Nefrologia. **Porto Alegre: Artes Médicas**, 1990.

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.13, p. 74-82, 2004.

WALDFOGEL, S.; WOLPE, P. Using Awareness of Religious Factors to Enhance Interventions in Consultation-Liaison Psychiatry, 1993.

APÊNDICE A - Instrumento para a coleta dos dados socioeconômicos e laboratoriais

Nome	Sexo	Idade	Profissão	Religião	Cidade	Escolaridade

NOME	KTV	UREIA	CREATININ A	B	ALBUMIN A	PCR	FÓSFORO	PERITONITE
------	-----	-------	----------------	---	--------------	-----	---------	------------

	A/ D/ D	A/ D/ D	A/ D/ D	A/ D/ D	A/ D/ D	A/ D/ D	A/ D/ D	A/ D/ D

ANEXO A - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
-----------	-----------	-----	------	------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex.	1	2

necessitou de um esforço extra).		
----------------------------------	--	--

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do	Uma boa parte do	Alguma parte do	Uma pequena	Nunca

		tempo	tempo	tempo	parte do tempo	
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	

06	<p>Se a resposta for</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>Pontuação</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
07	<p>Se a resposta for</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>	<p>Pontuação</p> <p>6,0</p> <p>5,4</p> <p>4,2</p> <p>3,1</p> <p>2,0</p> <p>1,0</p>
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p>	

	Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor.
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
 - Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Varição (Score Range)

Dor: $\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$

10

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DO APOIO ESPIRITUAL EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

O(a) Sr(a) está convidada a participar da pesquisa intitulada: “ O apoio espiritual em pacientes renais crônicos”, que tem como objetivos: analisar os efeitos da oração como uma intervenção

adicional em pacientes em tratamento por insuficiência renal crônica, compreender se as práticas da oração influenciam na melhora do quadro clínico de pacientes renais crônicos, estudar a repercussão da oração intercessora sobre os parâmetros de creatinina, e ureia e estudar a repercussão da oração intercessora sobre o clearance de creatinina. Tendo como justificativa a análise da oração intercessora a favor do paciente renal crônico tendo em vista a necessidade da comprovação dos efeitos benéficos da oração, devido à crença no poder de cura da mesma. Desde muito cedo em minha vida fui adepta a orações e sempre acreditei no poder da cura pela oração, através da fé. Essa é a oportunidade que estou tendo de comprovar ou não cientificamente o poder da oração. A relevância do tema se mostra por diminuir a carência existente na literatura sobre a temática e no sentido de promover e ampliar as discussões. Além de conduzir os profissionais de Enfermagem a refletir sobre a questão fé desenvolvidas e apresentadas pelos pacientes. A pesquisa terá duração de 12 (doze) meses, com o término previsto para Fevereiro de 2017. Visando não ferir os princípios éticos que norteiam a Resolução nº 466/96 do Conselho Nacional de Saúde em relação aos sujeitos da pesquisa, suas respostas serão tratadas no anonimato e de forma confidencial e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Portanto será utilizado um nome fictício que será acordado anteriormente. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua participação poderá implicar em algum desconforto psicológico ao responder a entrevista ou durante observações de procedimentos realizados durante a pesquisa, no entanto, trará grandes benefícios à comunidade acadêmica já que permitirá aumentar o conhecimento científico sobre o assunto para a área de enfermagem além de contribuir para o desenvolvimento adequado da assistência de enfermagem prestada. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que trabalha. O(a) Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais pesquisadores, e contatos do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos- CEP/UNEB e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Assinatura da participante

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DO APOIO ESPIRITUAL EM PACIENTES RENAIS CRÔNICOS

Pesquisador: Tercio Carneiro Ramos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56329315.6.0000.0057

Instituição Proponente: Universidade do Estado da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.619.626

Apresentação do Projeto:

Projeto referente ao trabalho de conclusão de curso (TCC) do Curso de Enfermagem do Departamento de Ciências da Vida, campus I - Salvador, apresentado à disciplina de metodologia em pesquisa II para fins avaliativos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os efeitos da oração como uma intervenção adicional em pacientes em tratamento por insuficiência renal crônica.

Objetivo Secundário:

• Compreender se as práticas da oração influenciam na melhora do quadro clínico de pacientes renais crônicos. • Estudar a repercussão da

oração intercessória sobre os parâmetros de: Ktv renal Ktv peritoneal Episódios de peritonite Creatinina Hemoglobina Albumina Sérica Proteína C

reativa Sérica. Índice de Massa Corporal(IMC) • Estudar a influencia da oração sobre a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos

utilizando o questionário padronizado SF-36

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

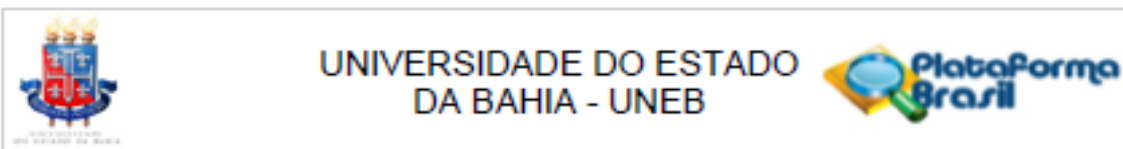
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2445

Fax: (71)3117-2415

E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 1.619.626

O único risco possível previsto é o de constrangimento de revelar assuntos pessoais ou o desenvolvimento de uma dependência psicológico com os pesquisadores

Benefícios:

Pacientes sem expectativa de melhora de seu quadro clínico com métodos tradicionais de tratamento pode se beneficiar da melhora da qualidade de vida

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1 - Termo de compromisso para coleta de dados em arquivos está compatível;
- 2- Termo de concessão está compatível;
- 3 - Termo de compromisso do pesquisador está adequado;
- 4 - TCLE está compatível;
- 5 - Termo de orientação está adequado;
- 6 - Termo de confidencialidade está adequado;
- 7 - Termo de anuência está adequado;
- 8 - Declaração de co-participante está compatível;
- 9 - Folha de rosto corresponde à necessidade.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética consideramos que o projeto encontra se aprovado para a execução uma vez que atende ao disposto nas resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos não havendo pendências ou inadequações a serem revistas

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555			
Bairro: Cabula			CEP: 41.195-001
UF: BA	Município: SALVADOR		
Telefone: (71)3117-2445	Fax: (71)3117-2415	E-mail: cepuneb@uneb.br	



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 1.619.626

com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_631731.pdf	20/05/2016 10:57:58		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_para_coleta_de_dados.jpeg	20/05/2016 10:57:27	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_concessao.jpg	20/05/2016 10:57:01	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_do_pesquisador.jpeg	28/04/2016 22:02:37	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	28/04/2016 21:51:23	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_orientacao.jpeg	16/12/2015 12:22:28	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.jpeg	16/12/2015 12:20:09	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Clinica_nefrologia.jpeg	16/12/2015 12:18:41	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Outros	SF_36_questionario_qualidade_vida.pdf	16/12/2015 12:15:39	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/12/2015 12:12:25	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional.pdf	16/12/2015 12:08:47	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Oficio_participacao_de_MICHELE_Signed.pdf	16/12/2015 12:03:29	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_oracao_V4.docx	16/12/2015 11:58:28	Tercio Carneiro Ramos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_OK.docx	15/12/2015	Tercio Carneiro	Aceito

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2445

Fax: (71)3117-2415

E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 1.619.628

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_OK.docx	22:21:12	Ramos	Aceito
----------------	------------------------	----------	-------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 04 de Julho de 2016

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador)

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2445

Fax: (71)3117-2415

E-mail: cepuneb@uneb.br