



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA - *CAMPUS* SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOSÉ ROBERTO FROTA GOMES CAPOTE JÚNIOR

**MÉTODOS DE ENFRENTAMENTO RELIGIOSO SE ASSOCIAM COM
DEPRESSÃO, ASPECTOS SOCIAIS DA QUALIDADE DE VIDA E VITALIDADE
ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE.**

SOBRAL – CE

2016

JOSÉ ROBERTO FROTA GOMES CAPOTE JÚNIOR

**MÉTODOS DE ENFRENTAMENTO RELIGIOSO SE ASSOCIAM COM
DEPRESSÃO, ASPECTOS SOCIAIS DA QUALIDADE DE VIDA E VITALIDADE
ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Ceará, *Campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientando: José Roberto Frota Gomes Capote Júnior

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Santos

SOBRAL – CE

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C246m Capote Júnior, José Roberto Frota Gomes.

Métodos de enfrentamento religioso se associam com depressão, aspectos sociais da qualidade de vida e vitalidade entre pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise / José Roberto Frota Gomes Capote Júnior. – 2016.
66 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Sobral, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Roberto Santos.

1. Espiritualidade. 2. Adaptação Psicológica. 3. Diálise Renal. 4. Depressão. 5. Qualidade de Vida. I. Título.

CDD 610

JOSÉ ROBERTO FROTA GOMES CAPOTE JÚNIOR

**MÉTODOS DE ENFRENTAMENTO RELIGIOSO SE ASSOCIAM COM
DEPRESSÃO, ASPECTOS SOCIAIS DA QUALIDADE DE VIDA E VITALIDADE
ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS À
HEMODIÁLISE.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Ceará, *Campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Roberto Santos (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Plácido Nogueira Arcanjo
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Examinador do Programa

Prof. Dr. Daniel Hardy Melo
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Examinador Externo

Dedico esta Dissertação de Mestrado aos meus pais Tânia e Roberto que sempre foram incentivadores nos caminhos percorridos em minha vida profissional e à minha noiva Catarina pela cumplicidade e apoio dedicados neste período.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte inesgotável de luz e misericórdia!

Aos meus queridos pais Roberto e Tânia, pelo incentivo e apoio incondicional aos meus objetivos e anseios.

Às minhas irmãs Danielle e Michelle, cunhados e sobrinhos pelo apoio constante.

À minha noiva Catarina pela cumplicidade, paciência e tolerância durante os momentos de ausência para abdicar-me à realização desta obra.

Ao meu querido incentivador, orientador, mestre e amigo Dr. Paulo Roberto Santos pela dedicação, sendo um exemplo constante a ser seguido em minha vida profissional.

Aos pacientes que muito carinhosamente destinaram um pouco do seu tempo a preencher os questionários desta pesquisa, mesmo diante da dor, do cansaço e do sofrimento enfrentados durante a terapia dialítica.

Aos graduandos em Medicina, futuros colegas, que ajudaram na coleta dos dados da pesquisa.

Aos colegas mestrandos que dividiram momentos de aprendizado, dificuldades e realizações, pela troca de experiências e sentimentos.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho e que foram peças fundamentais na conclusão do mesmo.

“A fé não é algo para se entender, é um estado para se transformar.”

Mahatman Gandhi

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	12
3. REFERÊNCIAS	13
4. ARTIGO.....	16
APÊNDICES.....	46
APÊNDICE I – Formulário para Coleta de Dados.....	47
APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Consentimento Pós-esclarecido.....	48
APÊNDICE III – Termo de Fiel Depositário.....	50
APÊNDICE IV – Termo de Compromisso de Utilização dos Dados.....	51
ANEXOS.....	52
ANEXO I – Versão brasileira do instrumento SF-36.....	53
ANEXO II – Escala CES-D.....	58
ANEXO III – Escala CRE-Breve.....	60
ANEXO IV – Critério de Classificação Econômica Brasil.....	66

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, tem-se observado um crescimento importante do número de indivíduos portadores de doença renal crônica (DRC), tornando-se esta doença uma epidemia alarmante e um sério problema de saúde pública (SIVIERO; MACHADO; CHERCHIGLIA, 2014; MADEIRO et al., 2010). Dados mundiais apontam que as doenças do rim e do trato urinário são responsáveis por aproximadamente 850 milhões de mortes anuais, e que a incidência da DRC aumenta em torno de 8% ao ano (SIVIERO; MACHADO; CHERCHIGLIA, 2014). Alguns fatores têm sido descritos na tentativa de justificar este aumento, como o envelhecimento da população e a maior quantidade de casos de pacientes com hipertensão e *diabetismellitus*, principais morbidades associadas ao desenvolvimento da DRC (SIVIERO; MACHADO; CHERCHIGLIA, 2014).

A lesão renal, com perda progressiva e irreversível da capacidade dos rins de manter suas funções normais, caracteriza a DRC. Juntamente com a queda da taxa de filtração glomerular (TFG) observada nesta enfermidade, ocorre a perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas dos rins, comprometendo todos os outros órgãos do indivíduo acometido, havendo um desequilíbrio no meio interno do paciente, principalmente em sua fase mais avançada (fase terminal da DRC), gerando acúmulo de produtos de degradação metabólica no sangue (ROMÃO JUNIOR, 2004; BASTOS et al., 2004; RIBEIRO et al., 2009; CASSINI et al., 2010; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; TERRA et al., 2010).

No ano de 2002, A *KidneyDiseaseOutcomeQualityInitiative* (KDOQI), patrocinada pela *NationalKidney Foundation*, propôs que seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresentasse $TFG < 60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ou a $TFG > 60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso presente há pelo menos 03 meses. Além disso, sugeriu-se que a DRC fosse classificada em estágios baseados na TFG (**Tabela**), padronizando assim a terminologia e, conseqüentemente, o tratamento empregado, facilitando a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente nefropata (K/DOQI, 2002; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Imediatamente após o diagnóstico de DRC, um tratamento deverá ser instituído, o mais precocemente possível, com a finalidade de se evitar que a doença evolua para o seu estágio terminal, além de prevenir as suas complicações que, se não tratadas em tempo hábil, podem levar à morte (MADEIRO et al., 2010).

Tabela - Estadiamento e classificação da Doença Renal Crônica (DRC), segundo Romão Júnior, 2004.

Estágio	Filtração Glomerular	Grau de Insuficiência Renal
0	> 90	Grupos de Risco para DRC Ausência de Lesão Renal
1	> 90	Lesão Renal com Função Renal Normal
2	60 – 89	IR Leve ou Funciona
3	30 – 59	IR Moderada ou Laboratorial
4	15-29	IR Severa ou Clínica
5	< 15	IR Terminal ou Dialítica

IR = Insuficiência Renal; DRC = Doença Renal Crônica.

(FONTE: ROMÃO JUNIOR, 2004, p. 02).

Uma série de medidas terapêuticas podem ser implementadas em todos os estágios da DRC, antes da evolução para as fases terminais. Dentre as conservadoras, podemos citar as não-medicamentosas, que consistem em orientações para a mudança de estilo de vida (atividade física regular adequada às condições do indivíduo, controle de peso, controle da hipertensão arterial e do diabetes, ingestão de dieta hipoproteica e hipossódica, interrupção do tabagismo, do alcoolismo e do uso de substâncias ilícitas), e também as medidas medicamentosas, entre elas, o controle da hipertensão com inclusão de anti-hipertensivos nefroprotetores como inibidores da enzima de conversão da angiotensina e bloqueadores do receptor da angiotensina, controle da anemia com o uso do hormônio eritropoietina, controle da doença mineral óssea com quelantes de fósforo e/ou reposição de vitamina D (RIEGERSPERGER; SUNDER-PLASSMANN, 2007; LEVIN et al., 2008; KIRSZTAJN et al., 2011).

Com a progressão para o estágio terminal, há necessidade de terapia renal substitutiva (TRS) que inclui o tratamento dialítico (hemodiálise ou diálise peritoneal) e o transplante renal, tendo em vista que a DRC no estágio 5 é fatal caso não seja

instituída uma dessas terapias (KIRSZTAJN et al., 2011; SANTOS et al., 2012). É recomendado o início da TRS quando a TFG é $< 15\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ e/ou diante de algumas complicações decorrentes do comprometimento renal, tais como: sobrecarga de volume intratável, hipercalemia, acidose metabólica e sintomas de uremia (KIRSZTAJN et al., 2011).

Com os tratamentos atualmente disponíveis, a TRS pode ser postergada em muitos casos, mas o ideal seria a não necessidade desse recurso terapêutico. Dentre as alternativas de TRS disponíveis, a mais utilizada é a hemodiálise que, nesta situação, após iniciada, deverá ser realizada por toda a vida do paciente ou até que seja feito um transplante renal (MADEIRO et al., 2010).

Quando indivíduos são acometidos por uma doença não transmissível, como a DRC, eles enfrentam diversas alterações no estilo de vida, especialmente provocadas pelas restrições decorrentes da enfermidade, das necessidades terapêuticas e de controle clínico, bem como da possibilidade de internações hospitalares recorrentes (SIVIERO; MACHADO; CHERCHIGLIA, 2014). Esse novo contexto requer adaptação ou, no mínimo, adesão do paciente ao tratamento dialítico. Indivíduos submetidos à diálise enfrentam perdas e alterações estressantes da imagem e das funções orgânicas, o que os levam muitas vezes a tornar-se deprimidos e ansiosos. Grande parte deles não consegue adaptar-se ao novo estilo de vida e acabam aderindo ao tratamento exclusivamente por ser essencial para a manutenção da vida (MADEIRO et al., 2010).

Os avanços tecnológicos e terapêuticos, especialmente os relacionadas à TRS – hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal –, têm possibilitado a uma maior sobrevida aos pacientes comprometidos mas, em contrapartida, têm aumentado a chance destes permanecerem com algumas incapacidades funcionais. Além disso, ocorre ainda o desgaste emocional provocado pela doença que gera significativo impacto sobre a qualidade de vida (QV) (UNRUH, 2003; GUEDES; GUEDES, 2012; ALVARES et al., 2013).

Na literatura, existem vários estudos mostrando que a QV de pacientes em TRS é comprometida, mesmo com os avanços tecnológicos, e que os pacientes transplantados têm melhores índices de QV que aqueles em hemodiálise e diálise peritoneal (ALVARES et al., 2013). Observa-se ainda que os fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos exercem impacto considerável sobre a QV daqueles indivíduos (ALVARES et al., 2013). Pacientes em terapia dialítica apresentam uma grande

quantidade de sintomas físicos e psicológicos, tais como: a dor, a disfunção sexual e a depressão, queixas comumente vivenciadas por estes pacientes e que estão direta ou indiretamente associados com a má QV (WEISBORD et al., 2003; HEDAYATI, 2013). A depressão está presente em cerca de 20-25% dos pacientes em hemodiálise, resultando em redução substancial da QV e no seu comprometimento funcional (HEDAYATI; YALAMANCHILI; FINKELSTEIN, 2012), além de estar significativamente associada com hospitalização e morte (HEDAYATI, 2013).

Entre as doenças de curso crônico, a DRC dialítica está incluída entre as que geram maior impacto na qualidade de vida do paciente (MITTAL et al., 2001; GUEDES; GUEDES, 2012), em decorrência de diversos fatores, como o convívio com a doença incurável, dependência de uma máquina para sobreviver, esquema terapêutico rigoroso, alterações na imagem corporal e restrições dietéticas e hídricas (LIMA; GUALDA, 2000; SILVA, et al., 2002; GUEDES; GUEDES, 2012).

Tendo em vista essa associação entre terapia hemodialítica e baixos níveis de qualidade de vida, tanto no âmbito físico como mental, com desfechos clínicos insatisfatórios, falta de adesão ao tratamento, maiores taxas de hospitalização e maior morbimortalidade, tem-se despertado o interesse no estudo desta temática (MERKUS et al., 2000; BARBOSA; ANDRADE JÚNIOR; BASTOS, 2007; GUEDES; GUEDES, 2012).

O *coping* ou enfrentamento é um fator de risco modificável e refere-se a um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são utilizadas pelos indivíduos com a finalidade de enfrentar situações de estresse (PANZINI; BANDEIRA, 2007; VALCANTI et al., 2012). Dentre os vários tipos de *coping* utilizados, atualmente tem-se estudado o *coping* religioso/espiritual, tendo em vista que muitos pacientes durante o processo de adoecimento se apegam à fé e à religião com o objetivo de encontrar apoio e alívio para o seu sofrimento (VALCANTI et al., 2012).

A religião e a espiritualidade estão recebendo cada vez mais ênfase na assistência à saúde, pois são reconhecidas como variáveis com possível fator de prevenção ao desenvolvimento de outras comorbidades, sendo percebidas como uma maneira de encontrar sentido para a vida, de ter esperança e de estar em paz em meio aos acontecimentos graves, como a doença crônica (GREENSTREET, 2006; PANZINI et al., 2007; VALCANTI et al., 2012; NEPOMUCENO et al., 2014).

O *coping* religioso/espiritual é utilizado quando se empregam recursos religiosos como alternativa de enfrentamento às condições adversas de saúde. Nesse

tipo de *coping*, crenças religiosas são utilizadas para compreender e lidar com os agentes estressores da vida (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; VALCANTI et al., 2012).

Na unidade onde realizamos a presente pesquisa, foi conduzido estudo pioneiro no Brasil sobre as relações entre *coping* geral (não especificamente religioso) e nível de QV de pacientes com DRC mantidos em terapia hemodialítica, que mostrou que a QV se relacionava fortemente com o tipo de *coping* adotado pelos pacientes (SANTOS, 2010). Esse estudo anterior motivou fortemente essa nova pesquisa com foco não em um *coping* geral, mas sim em *coping* específico como o religioso e espiritual, baseado no crescimento da importância do *coping* religioso na pesquisa da área de saúde e na pouca literatura sobre esse tema no contexto da DRC. O Brasil, por ser considerado um país religioso, em que cerca de 92,6% da população possui uma religião e aproximadamente 90% costumam frequentar igrejas, teria o contexto ideal para a realização deste estudo (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010; NEPOMUCENO et al., 2014), ratificando a relevância do mesmo.

Portanto, verificamos a associação do *coping* religioso com qualidade de vida e depressão em pacientes com DRC em hemodiálise.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- 1) Verificar a associação do *coping* religioso com qualidade de vida e depressão em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise regular.

2.2 ESPECÍFICOS

- 1) Descrever as características demográficas, clínicas e laboratoriais dos pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise.
- 2) Descrever o tipo de *coping* religioso utilizado pelos pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise.
- 3) Verificar a correlação entre as pontuações geradas pelos instrumentos de avaliação do *coping* religioso e de qualidade de vida.
- 4) Verificar a correlação entre as pontuações geradas pelos instrumentos de avaliação do *coping* religioso e de depressão.
- 5) Testar tipo de *coping* religioso como preditor independente de nível de qualidade de vida.
- 6) Testar tipo de *coping* religioso como preditor independente de depressão.

3. REFERÊNCIAS

ALVARES, J. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1903-1910, 2013.

BARBOSA, L.M.M.; ANDRADE JÚNIOR, M.P.; BASTOS, K.A. Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **J BrasNefrol**, v. 29, n. 4, p.222-9, 2007.

BASTOS, M. G. et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. **J BrasNefrol**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 202-215, Dez. 2004.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.

BASTOS, M.G.; KIRSZTAJN, G.M. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. **J BrasNefrol**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 74-87, 2011.

CASSINI, A. V. et al. Avaliação dos principais fatores etiológicos em indivíduos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **ConScientiaeSaúde**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 462-468, 2010.

GREENSTREET, W. From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. **Br J Nurs**, v. 15, n. 17, p. 938-42, 2006.

GUEDES, K.D.; GUEDES, H.M. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 48-53, jan./jun. 2012.

HEDAYATI, S.S. Improving symptoms of pain, erectile dysfunction, and depression in patients on dialysis. **Clin J Am SocNephrol**, v. 8, p. 5–7, 2013.doi: 10.2215/CJN.11811112 (Editorial).

HEDAYATI, S.S.; YALAMANCHILI, V.; FINKELSTEIN, F.O. A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. **Kidney Int**, v.81, p. 247–255, 2012.

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis**, New York, v. 39, suppl. 2, p.1-246, 2002.

KIRSZTAJN, G. M. et al. Doença renal crônica (pré-terapia renal substitutiva): tratamento. In: BRASIL. **Projeto diretrizes**: associação médica brasileira e conselho federal de medicina. São Paulo, SP: AMB, 2011. Elaboração final em 31 de outubro de 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes10/doenca_renal_cronica_pre_terapia_renal_substitutiva_tratamento.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

- LEVIN, A. et al. Guidelines for the management of chronic kidney disease. **CMAJ**, v. 179, p. 1154-62, 2008.
- LIMA, A.C.F.; GUALDA, D.M.R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido à hemodiálise. **Nursing**, v. 3, n.30, p. 20-3, 2000.
- LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L.G.C.; GRANERO, 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.
- MADEIRO, A.C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.23, n. 4, p. 546-51, 2010.
- MERKUS, M.P. et al. Predictors of poor outcome in chronic dialysis patients: The Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. **Am J Kidney Dis**, v. 35, n. 1, p. 66-79, 2000.
- MITTAL, S.K. et al. Self-assessed physical and mental function of hemodialysis patients. **Nephrol Dial Transplant**, v. 16, n. 7, p. 1387-94, 2001.
- NEPOMUCENO, F.C.L. et al. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.100, p. 119-128, jan-mar, 2014.
- PANZINI, R.G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007.
- PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007.
- PARGAMENT, K.I.; KOENIG, H.G.; PEREZ, L.M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **J ClinPsychol**, v. 56, n. 4, p. 519-43, 2000.
- RIBEIRO, R. C. H. M. et al. O perfil sócio-demográfico e as principais complicações intradiálíticas entre pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 16, n. 4, p. 175-180, Out-Dez. 2009.
- RIEGERSPERGER, M.; SUNDER-PLOSSMANN, G. How to prevent progression to end stage renal disease. **J RenCare**, v. 33, p. 105-7, 2007.
- ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **J BrasNefrol**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 1-3, Ago. 2004. Suplemento 1.
- SANTOS, P. R. Correlation between coping style and quality of life among hemodialysis patients from a low-income area in Brazil. **HemodialInt**, v. 14, n. 3, p. 316-321, 2010.

SANTOS, P.R. et al. Quality of life among women with sexual dysfunction undergoing hemodialysis: a cross-sectional observational study. **Health and Quality of Life Outcomes**, 10:103, 2012.

SILVA, D.M.G. et al. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **RevBras Enfermagem**, v. 55, n.5, p.562-67, 2002.

SIVIERO, P.C.L.; MACHADO, C.J.; CHERCHIGLIA, M.L. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75-85, 2014.

TERRA, F. S. et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. **RevBrasClinMed**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 306-310, 2010.

UNRUH, M.I. et al. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintain dialysis. **ClinNephrol**, v. 59, n. 4, p. 280-8, 2003.

VALCANTI, C.C. et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.4, p.838-845, 2012.

WEISBORD, S.D. et al. Symptom burden, quality of life, advance care planning and the potential value of palliative care in severely ill haemodialysis patients. **Nephrol Dial Transplant**, v.18, p.1345–1352, 2003.

4. ARTIGO

Título:

Métodos de enfrentamento religioso se associam com depressão, aspectos sociais da qualidade de vida e vitalidade entre pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise.

Título em inglês:

Religious coping methods are associated with depression, social functioning and vitality among end-stage renal disease patients on hemodialysis.

Autores:

Paulo Roberto Santos^{1,2,3}

José Roberto Frota Gomes Capote Júnior^{1,2,3}

José Renan Miranda Cavalcante Filho³

Ticianne Pinto Ferreira³

José Nilson Gadelha dos Santos Filho³

Instituições:

¹ Santa Casa de Misericórdia de Sobral – Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 – CEP 62.010-550 – Sobral, CE.

² Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Sobral – Rua Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 100 – CEP 62.042-280 – Sobral, CE.

³ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Sobral – Rua Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 100 – CEP 62.042-280 – Sobral, CE.

Instituição onde o trabalho foi realizado:

Santa Casa de Misericórdia de Sobral – Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 – CEP 62.010-550 – Sobral, CE.

Autor correspondente:

Paulo Roberto Santos

Rua Tenente Amauri Pio 380 apto. 900 – CEP 60.160-090 – Fortaleza, CE

Telefone: 85-99845941

FAX: 85-34611727

E-mail: prsantos@fortalnet.com.br

Religious coping methods are associated with depression, social functioning and vitality among end-stage renal disease patients on hemodialysis

Abstract

Low quality of life and high prevalence of depression are universally found among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. In the past decade, technical advances of dialysis therapy have not been sufficient to improve quality of life or decrease the prevalence of depression. Many variables associated with poor quality of life and depressive symptoms are not modifiable, like gender, age, and comorbidity. The relationship of spirituality and well-being is well documented in the literature. In the nephrology area, there are reports of better quality of life and less depression among dialysis patients with greater perception of spirituality and religiosity. Nevertheless, more studies on spirituality are necessary among hemodialysis patients, especially because to some extent spirituality can be modified, and strategies aiming at engaging patients in discussions about their spiritual concerns can be implemented by the care team. We conducted an observational study comprising 161 end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis in the only dialysis center in northern Ceará state, northeast Brazil. Spirituality was assessed by the Religious Coping Activity Scales (RCOPE). Depression was screened by the 20-item version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Quality of life was evaluated through the Brazilian version of the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Questionnaire (SF-36). We found depression rate of 27.3%. Positive religious coping was negatively correlated with depression score ($r=-0.200$; $p=0.012$), meaning the more positive religious coping was, the lower the depression score tended to be. In addition, positive religious coping was an independent protective factor for depression (OR=0.132; CI 95%=0.021-0.910; $p=0.039$). Regarding quality of life, positive religious coping was able to independently predict better quality of life scores related to the following dimensions: bodily pain ($b=14.401$; $p=0.048$) and vitality ($b=12.580$; $p=0.022$). On the other hand, negative religious coping independently predicted worse score of the dimension social functioning ($b=-21.158$; $p=0.017$). Our results add further evidence that spirituality is a powerful mediator of quality of life and depression.

Clinical implications for the care team are: patients using religious resources should be encouraged, while psycho-spiritual interventions should be tried targeting religious struggle (negative religious coping) among hemodialysis patients.

Keywords: spirituality; religion and medicine; adaptation, psychological; renal dialysis; kidney failure, chronic; renal dialysis; depression; quality of life

Introduction

End-stage renal disease (ESRD) patients submitted to hemodialysis (HD) experience several stressors: time restrictions, dietary constraints, functional limitations, changes in sexual function, medication effects, awareness of impending death, and several kinds of difficulties related to employment, social and family dynamics [1]. This set of problems explains low quality of life (QOL) and high prevalence of depression among ESRD on HD. In this regard, ESRD patients on HD have the lowest QOL when compared to the most common chronic diseases, such as chronic heart failure, chronic lung disease, angina, arthritis, and even cancer [2]. Concerning depression, studies converge to the result of nearly 30% of prevalence of depressive symptoms [3]. Moreover, QOL among HD patients has not improved during the last decade, and treatment of depression is usually unsuccessfully [4,5].

Against this background, the search for variables which can affect QOL and depression and also be modifiable is urgent. We have already brought up possible (potential) variables to be target for interventions in order to improve QOL and decrease depressive feelings. For instance, general coping style. We have shown that problem-oriented coping is associated with better perception of QOL when compared to emotion-oriented coping [6]. Fortunately, general coping styles are easily modified after few psychotherapy sessions [7]. Regarding depression, we found that sexual dysfunction among women is strongly associated with depression. Thus, sexual dysfunction can be a condition to be targeted among women using anti-depressive medications and not improving their depressive symptoms [8].

In this sense, the connection of religiosity and spirituality with better QOL and lower prevalence of depression is well recognized [9,10]. Even though, religious and spiritual matters are not widely incorporated in clinical practice. For example, in countries where people are very religious, such as Brazil, India and Indonesia, physicians are not trained to use religion or spirituality in daily practice toward their patients [11]. Religions prevailing in these countries are completely different. Thus, it seems that the application of religion and spirituality concerns in medicine does not depend on the strength of religious feelings and traditions of each country. Religious and especially spiritual coping methods are modifiable, either spontaneously or by intervention [12,13]. If a type of Religious/Spiritual (R/S) coping method is more associated with better QOL and less depression than other, we could do well to HD patients addressing R/S issues in their health care. Therefore, we aimed to evaluate the association of R/S coping methods with QOL and depression among ESRD patients undergoing HD.

Methods

Sample

The sample was formed by ESRD patients on HD in the only two dialysis units in an area of 34,560 km² (37.3 inhabitants/ km²) in the northern region of Ceará state, northeast Brazil. From a total of 188 ESRD patients undergoing HD during July 2015, we included 179 who were older than 18 years of age and have been under maintenance HD for more than three months. Among patients included, 161 were studied. The reasons for exclusion among eligible patients were refusal to participate (8), cognitive impairment precluding answering the questionnaire (6) and hospitalization (4). All patients were undergoing conventional HD (three sessions of four hours per week) with polysulfone dialyzers (maximum number of reuses=12). Written informed consent was obtained from all participants, and the study was approved by the ethics committee of Vale Acaraú University (CAAE 48761115.6.0000.5053), with which the hospital is associated.

Patient data

The demographic data, length of time on dialysis, religion, type of vascular access and underlying etiology of ESRD were obtained from the dialysis center's medical records. The underlying renal disease was classified according to clinical criteria and not by histopathology. Patients were classified as "married" when they had a stable union independently of civil status. By exclusion all subjects who had no stable union they were considered not married, including divorced/separated, widowed and singles.

Classification of economic class was according to criteria of the form issued by the Brazilian Association of Research Institutes [19]. This validated instrument is used in marketing surveys and population censuses and grades economic class into five subgroups: A (best status) through E (worst status). Besides income level, its criteria include educational level of the head of household and ownership of household appliances. Each patient was assigned a low, medium or high risk index based on comorbidity, as described by Khan et al. [20]. Khan's comorbidity index takes into consideration age in three classes and nine comorbidities: diabetes, myocardial infarction, angina pectoris, congestive heart failure, liver cirrhosis, obstructive pulmonary disease, systemic collagen disease, pulmonary fibrosis and visceral malignancy. Laboratory tests for serum creatinine, hemoglobin, albumin, calcium and phosphorus were performed. The dose of dialysis delivered was evaluated using a second-generation Kt/V equation by Daugirdas [21].

Assessment of Religious/Spiritual (R/S) coping methods

We used the religious/spiritual coping scale named the Religious Coping Activity Scales (RCOPE) designed by Pargament, Koenig and Perez [14]. It has been validated in portuguese for Brazilian culture by Panzini and Bandeira [15]. In the Brazilian version this instrument contains 87 items comprising positive (66 items) and negative (21 items) religious/spiritual coping methods. Positive religious coping methods are related to actions seeking spiritual help; offer help to each other; positive forward position God; personal quest for spiritual knowledge. To be illustrative, examples of items of positive R/S coping are: "work together with God as partner to get through the problems", or "look to God for strength, support, and guidance". On the

other hand, negative R/S coping methods are related to negative reevaluation of God; negative forward position God; signs of spiritual tension; conflict and struggle with God and others. Examples of items of negative R/S coping can be illustrated by feelings like: “feel like God has abandoned me”, or “anger at God for letting this happen to me”. Patients were asked to indicate how much or how frequently they used the spiritual/religious methods of coping stated in the questionnaire. Items were rated on a 5-point scale from 1 (not at all) to 5 (a great deal). Scores were calculated by the mean of the values regarding positive and negative coping methods varying from 1 to 5. Higher scores indicating more frequent use of each coping strategy.

Depression

Depression was screened by the 20-item version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) [16], in which respondents rate items by recalling the past week. Items ask about humor, psychosomatic symptoms and social interaction. Each of the 20 items in this instrument is assigned a value of 0, 1, 2 or 3, with higher scores indicating the presence and persistence of depressive symptoms. A score from 0 to 60 is calculated by summing the score of each item. A score ≥ 16 is used to classify depression in the general population. We used a score ≥ 18 to classify depression, as validated in the HD population. [17]

Quality of life

We used the validated Brazilian version of the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) to measure the level of QOL [18]. This a well-

validated and widely spread 36-item questionnaire covering eight dimensions of QOL, namely, physical function (PF), role-physical (RP), bodily pain (BP), general health (GH), vitality (VT), social functioning (SF), role-emotional (RE), and mental health (MH). PF measures the patients' performance regarding daily activities; RP analyses the impact of physical health on life; BP evaluates pain level and its impact on normal daily activities; GH evaluates the subjective perception of the present and future health status and resistance to illness; VT measures the patient's feelings about his/her energy level, vitality, and moments of fatigue; SF measures the impact of health on routine social activities; and MH assesses humor and well-being, including depression and anxiety. The Sf-36 generates scores ranging from 0 (worst) to 100 (best) for each of the eight dimensions.

Statistical analyses

For descriptive analysis, data are expressed as mean \pm standard deviation for continuous variables and as absolute numbers and percentage for categorical variables. Comparisons of positive and negative R/S coping scores between depressed and non-depressed were performed by the Student-t. The Pearson test was used to assess correlation between R/S coping scores and scores generated by SF-36 and CES-D. Multivariate linear regression was used to test variables as predictors of SF-36 and CES-D scores, and multivariate logistic regression to test variables as predictors of the presence of depression. Positive and negative R/S coping scores together with traditional predictor variables of HD samples (age, gender, time on dialysis, comorbidity) were used in the regression analyses. Statistical significance was

considered to be a p-value < 0.05 . All the statistical analyses were performed using the SPSS version 22.0 program package.

Results

Sample characteristics are depicted in **Table 1**. There were 117 (72.7%) non-depressed and 44 (27.3%) depressed. Depressed patients compared to non-depressed had lower positive R/S coping and higher negative R/S coping score (**Table 2**). Positive R/S coping was negatively correlated with depression score ($r=-0.200$, $p=0.012$); while negative R/S coping was positively correlated with depression score ($r=0.299$, $p<0.001$). Positive R/S coping was an independent predictor of both depression score ($b=-6.635$; $p=0.004$) and presence of depression ($OR=0.13$; $p=0.039$) (**Tables 3 and 4**). Also, negative R/S coping was able to independently predict depression score ($b=9.515$; $p<0.001$) and presence of depression ($OR=5.24$; $p<0.001$) (**Tables 3 and 4**).

Regarding R/S coping methods and QOL, there was positive correlation between positive R/S coping and general health ($r=0.171$; $p=0.030$) and vitality ($r=0.183$; $p=0.019$); and negative correlation between negative R/S coping and social functioning ($r=-0.191$; $p=0.015$) and mental health ($r=-0.214$; $p=0.006$) (**Table 5**). Positive R/S coping was an independent predictor of bodily pain ($b=14.401$; $p=0.048$) and vitality ($b=12.580$; $p=0.022$) scores, while negative R/S independently predicted social functioning score ($b=-21.158$; $p=0.017$) (**Table 6**).

Discussion

Initial challenges for the development of dialysis comprised technical advances to assure good quality of water used in HD, safe machines to avoid risk for patients, maximum biocompatibility of dialyzers membranes to minimize intra-dialytic symptoms and inflammation activation, and above all extend HD patients' survival. After several achievements in these aspects, current efforts are devoted to provide HD patients greater well-being, decrease psychiatric disorders, and improve their level of QOL. For these new challenges, patients' attitudes and habits, daily life activities, social relations, environmental issues, and individual coping methods have emerged as essential topics to be studied in two perspectives. First, the relationships between these psychosocial factors and health status, emotional distress and well-being. Second, to point out the psychosocial variables which are modifiable and could be seen as a target for interventions in order to improve patients' QOL.

In medicine, R/S coping methods are well studied and their connections with several health outcomes are well known among patients with chronic disease in general [22-24]. A positive R/S coping is able to offer better perception of life, shorten hospitalization, decrease mortality and improve immune function [25-27]. There is even anatomical evidence that religion and spirituality is associated with thicker brain cortex which in turn may confer resilience to the development of depressive feelings in individuals at high family risk for major depression [28]. Despite the wide body of scientific evidence, in daily practice religiosity and spirituality of patients are not usually addressed by health professionals. For instance, a survey among Brazilian physicians found that only 4% of the physicians were trained in university regarding

religion and spirituality in medicine [29]. Besides, 74.1% of patients undergoing HD answered “no” to the question if they had already been asked about their religion by their physicians from dialysis center [30]. Thus, doubtless studies about R/S coping methods are really needful in nephrology area.

The instrument (RCOPE) we used to assess patients’ R/S coping methods encompasses religiosity as an organizational manner (when one believes in, follows or practices a religion through regular church or temple attendance), but also spirituality experienced as a non-organizational manner, through regular praying, reading books, watching religious programs on television, or simply the fact of cogitating sacredness or transcendence to explain the essential questions of life. In this sense, the two types of R/S coping methods (positive and negative) were strongly associated with occurrence and intensity of depression and also with QOL, especially regarding our patients’ vitality and social functioning.

In our study, R/S coping methods were associated with depression in many ways: first, positive R/S coping scores were lower while negative R/S scores were higher among depressed patients. Second, there was a negative correlation between positive R/S coping scores and depression scores, meaning the more positive religious coping was, the lower the depression score tended to be; on the other hand, we found a positive correlation between negative R/S coping score and depression scores, in turn meaning the more negative religious coping was, the higher the depression score tended to be. Third, both positive and negative R/S coping methods were independently predictors of both CES-D scores and the presence of depression. Indeed, negative R/S coping increased five times the chance of being depressed in our sample. Our finding of

religious struggle correlation with depression is corroborated in other Brazilian study [31]. Depression among ESRD patients is classified as a compound depression, which means depression occurring in someone with another medical illness. In these cases, failures of traditional treatment of depression are really very common. Thus, religious struggle can be seen as a target for interventions. Multidisciplinary team of dialysis centers can act, especially through social workers and psychologists, supporting and stimulating all kinds of non-organizational religious activities known to promote positive R/S coping, like reading of religious literature, praying, engagement in groups of spiritual discussions. More organizational religious activities could be even more effective based on recent study showing a mediation effect of the perception of social support offered from family, friends, and significant others on depressive symptoms among HD patients [32]. It is expected that organizational religious activity as church attendance would provoke an increase and strengthening of patients' social support through interactions with community members, faithful people, and religious leaders.

R/S coping methods were also associated with HD patients' perception of their QOL, as indicated by our results. We found positive correlation between positive R/S coping score and scores related to general health and vitality, and negative correlation between negative R/S coping score and scores related to social functioning and mental health. Vitality and social functioning deserve to be highlighted, since besides bivariate correlation of scores, in the multivariate analysis vitality and social functioning scores were able to be predicted by positive R/S coping and negative R/S coping scores, respectively. In the literature, it is shown that R/S coping methods can explain nearly 40% of the variance of QOL scores [33]. The association of R/S coping methods with vitality and social functioning is emblematic, since vitality and social

functioning can be taken as summarized measures of physical and mental health, respectively. This correlation between R/S coping methods and these two dimensions of QOL can be found in different cultures. In Taiwan, using SF-36 like us, patients on HD present higher score related to social functioning scale if they have stronger spiritual beliefs compared to no or weak strength of spiritual beliefs (assessed by a the Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs) [34]. In Canada, a study among HD patients found vitality and social functioning (assessed by SF-36) positively associated with existential well-being (assessed by the Spiritual Well-Being Scale) [35]. In Iran, vitality and social functioning scores were lower among HD patients classified as moderate spiritual well-being versus high spiritual well-being according to assessment by the Spiritual Well-Being Scale [36]. In other study comprising Brazilian patients, using a brief version of RCOPE, positive R/S coping was associated with better social relations as assessed by the WHOQOL-Bref and negative R/S coping with worse social relations [31]. Based on these convergent results concerning two strategic dimensions of QOL, R/S coping can be a target for interventions aiming to improve vitality and social functioning of HD patients. There is a report of an interventional study, in which HD patients were invited to attend week meetings with a professional responsible for spiritual support, and after the intervention there was a significant improvement of participants' QOL [37]. In our opinion, similar results can be obtained with the incorporation of religious concerns by nephrologists, nurses, social workers and psychologists of dialysis centers.

Main limitation of our study is due to cross sectional design which precludes the detection of causes and effects directions between R/S coping and depression and QOL. We are aware that coping methods are dynamic and that chronic

disease itself, health status and psychological distress can cause changes in the type of patients' coping along the time. For this reason, longitudinal studies are necessary, especially interventional studies which can show effects of changes in R/S coping method on outcomes. Also, as limitation, there are the particularities of our sample of few diabetics, low comorbidity, low economic class and most Catholics, all this precluding generalizations to more typical HD samples (older patients, diabetics with higher comorbidity) and/or with another religion background.

In summary, interactions of multidisciplinary team of dialysis centers with patients in order to minimize religious struggle side by side stimulate and/or support positive R/S coping method can try to be implemented aiming to improve QOL and decrease depression among ESRD patients undergoing HD.

Conclusion

Our results add further evidence that religion and spirituality are powerful mediators of depression and QOL. This finding carries clinical implications for the care team, which can try to mitigate depressive feelings and improve patients' QOL by encouraging patients' religious resources and incorporating psycho-spiritual interventions to minimize religious struggle (negative R/S coping) among HD patients.

References

1. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol.* 2007 Dec;18(12):3042-55.
2. Mittal K, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol. Dial. Transplant.* (2001) 16 (7): 1387-1394. doi: 10.1093/ndt/16.7.1387
3. Santos PR, Arcanjo FPN. Social adaptability and substance abuse: predictors of depression among hemodialysis patients? *BMC Nephrology* 2013; 14: 12
4. Gabbay E, Meyer KB, Griffith JL, Richardson MM, Miskulin DC. Temporal trends in health-related quality of life among hemodialysis patients in the United States. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010 Feb; 5(2): 261–267.
5. Kimura H, Ozaki N. Diagnosis and treatment of depression in dialysis patients. *Ther Apher Dial* 2006 10: 328-332
6. Santos PR. Correlation between coping style and quality of life among hemodialysis patients from a low-income area in Brazil. *Hemodial Int* 2010; 14:316-321
7. Tsay SL, Lee YC, Lee YC. Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2005; 50:39-46
8. Santos PR, Capote Jr JRF, Cavalcanti JU, Vieira CB, Rocha ARM, Apolônio NA, Oliveira EB. Sexual dysfunction predicts depression among women on hemodialysis. *Int Urol Nephrol* 2013; 45(6): 1741-1746
9. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness

- Therapy-Spiritual Well-Being Scale. *Annals of Behavioral Medicine* 2002; 24: 49-58.
10. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003; 129: 614-636.
 11. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, Shukla A, Lakshmi S, et al. Spirituality, religiosity, and health: a comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *Int J Behav Med* 2015 [Epubaheadofprint]
 12. Trevino KM, McConnell TR. Religiosity and religious coping in patients with cardiovascular disease: change over time and associations with illness adjustment. *J Relig Health* 2014; 53: 1907-1917.
 13. Weisbord SD, Carmody SS, Bruns FJ et al. Symptom burden, quality of life, advance care planning and the potential value of palliative care in severely ill haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 1345-1352.
 14. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56(4): 519-543.
 15. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo* 2005; 10(3): 507-516.
 16. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *ApplPsycholMeas* 1977; 1: 385-401

17. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech LA. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2006; 69: 1662-1668.
18. Cicconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36: a reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39: 143-150
19. Brazilian Association of Research Institutes. Clasification of socioeconomic status. <http://www.abep.org/criterio-brasil>
20. Khan IH, Campbell MK, Cantarovich D, Catto GRD, Delcroix C, Edward N et al. Survival on renal replacement therapy in Europe: is there a “centre effect”? *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11: 300-307
21. Daugirdas JT. Second generation logarithmic estimates of single-pool variable volume Kt-V: an analysis error. *J Am Soc Nephrol* 1993; 4: 1205-1213
22. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Gerontol B PsycholSciSoc Sci*. 2004 May;59(3):P123-9. *J Relig Health*. 2013 Jun;52(2):657-73.
23. Kirby SE, Coleman PG, Daley D. Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *J Gerontol B PsycholSciSocSci* (2004) 59 (3): P123-P129.
24. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J Nurs*. 2002 Dec 12-2003 Jan 8;11(22):1461-70.
25. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *RevPsiqClin* 2007; 34: 105-115
26. Koenig HG, Larson DB, Hays JC et al. Religion and survival of 1010 male veterans hospitalized with medical illness. *J of Religion and Health* 1990; 37: 15-29

27. Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27: 233-250
28. Lisa Miller, Ravi Bansal, Priya Wickramaratne, Xuejun Hao, Craig E. Tenke, Myrna M. Weissman, Bradley S. Neuroanatomical Correlates of Religiosity and Spirituality A Study in Adults at High and Low Familial Risk for Depression. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(2):128-135.
29. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A et al. Spirituality, religiosity, and health: a comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *Int J Behav Med* 2015 May 30. [Epub ahead of print]
30. Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? *J Bras Nefrol* 2010; 32: 126-130.
31. Ramirez SP, Macêdo DS, Sale PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosomatic Res* 2012; 72: 129-135
32. Khalil AA, Abed MA. Perceived social support is a partial mediator of the relationship between depressive symptoms and quality of life in patients receiving hemodialysis. *Archives of Psychiatric Nursing* 2014; 28: 114-118.
33. Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology* 2013; 18: 269-275
34. Kao T, Chen P, Hsieh C, Chiang H, Tang L, Yang I, et al. Correlations between spiritual beliefs and health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in Taiwan. *Artif Organs* 2009, 33: 576-579

35. Davison SN, Jhangri GS. Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *Clin J Am SocNephrol* 2010; 5: 1969-1976
36. Kharam ZT, Zamanian H, Foroozanfar S, Afsahi S. Religious wellbeing as a predictor for quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Global Journal of Health Science* 2014; 6: 261-269
37. Weisbord SD, Carmody SS, Bruns FJ et al. Symptom burden, quality of life, advance care planning and the potential value of palliative care in severely ill haemodialysis patients. *Nephrol Dial Tranplant* 2003; 18: 345-352

Table 1 – Sample characteristics

Variables	
Gender	
Male	105 (65.3)
Female	56 (34.7)
Age	50.3 ± 17.0
Economic class	
A	0
B	9 (5.6)
C	91 (56.5)
D	56 (34.8)
E	5 (3.1)
Marital status	
Married	118 (73,3)
Religion	
Catholics	128 (79.5)
Protestants and evangelicals	27 (16.8)
No religion	6 (3.7)
Underlying disease	
Hypertension	55 (34.2)
Glomerulonephritis	41 (25.2)
Diabetes	35 (21.7)
Obstructive	13 (8.0)
Polycystic	6 (3.7)
Lupus	3 (1.9)

Undetermined	8 (5.0)
Months on dialysis	46.2 ± 51.5
Vascular access	
Fistula	130 (80.7)
Catheter	31 (19.3)
Comorbidity(Khan index)	
Low	82 (50.9)
Medium	59 (36.7)
High	20 (12.4)
Religious/Spiritual Score (1-5)	
Religious positive coping	2.92 ± 0.55
Religious negative coping	1.78 ± 0.42
Depression score(0-60)	10.6 ± 9.4
(cut off for depression ≥ 18)	
Depressed	44 (27,3)
Quality of life scores (0-100)	
Physical function	45.4 ± 28.8
Role-physical	34.3 ± 38.2
Bodily pain	61.7 ± 26.9
General health	53.6 ± 21.8
Vitality	62.7 ± 20.8
Social functioning	69.3 ± 26.4
Role-emotional	70.4 ± 64.5
Mental health	75.2 ± 19.2

Laboratory

Creatinine (mg/dL)	8.4 ± 2.5
Hemoglobin (g/dL)	9.3 ± 2.2
Albumin (g/dL)	4.1 ± 0.4
Calcium-phosphorus product (mg ² /dL ²)	44.6 ± 10.1
Kt/V index	1.7 ± 0.6

Data are means ± SD and percentages in parentheses

Table 2 - Comparison of scores of religious positive coping and religious negative coping between depressed and non-depressed patients

	Depressed	Non-depressed	P
Religious positive coping	2.77 ± 0.57	2.98 ± 0.54	0.037
Religious negative coping	2.00 ± 0.47	1.70 ± 0.38	< 0.001

Student-t test

Table 3 – Predictors of depression score generated by CES-D

Predictors	b	P
Gender(female)	3.341	0.020
Age	-0.050	0.282
Time on dialysis	0.011	0.415
Comorbidity	3.255	0.004
Religious positive coping	-6.635	0.004
Religious negative coping	9.515	< 0.001

Multivariate linear regression; b=regression coefficient

Table 4 – Predictors of depression

Predictors	OR	95%CI	P
Gender(female)	0.32	0.15-0.74	0.007
Age	0.99	0.96-1.02	0.525
Time on dialysis	0.99	0.98-1.01	0.856
Comorbidity	1.60	0.84-3.06	0.148
Religious positive coping	0.13	0.02-0.91	0.039
Religious negative coping	5.24	2.18-12.60	<0.001

Multivariate logistic regression; OR=odds ratio; 95% CI=95% confidence interval

Table 5 – Correlation of quality of life scores with religious positive and negative coping scores

Quality of life dimensions	Positive R/S Coping		Negative R/S Coping	
	R	P	R	P
Physical function	-0.092	0.245	-0.111	0.161
Role-physical	-0.106	0.178	-0.069	0.383
Bodily pain	0.142	0.072	-0.052	0.506
General health	0.171	0.030	-0.122	0.123
Vitality	0.183	0.019	-0.111	0.160
Social functioning	0.043	0.580	-0.191	0.015
Role-emotional	0.011	0.884	-0.125	0.113
Mental health	-0.002	0.978	-0.214	0.006

Pearson test; r=correlation coefficient

Table 6 – Predictors of quality of life scores generated by SF-36

Quality of life dimensions	Predictors	B	P
Physical function	Age	-0.627	<0.001
Role-physical	Age	-0.556	0.008
Bodily pain	Religious positive coping	14.401	0.048
General health	Comorbidity	-9.168	0.001
Vitality	Gender (female)	8.365	0.001
	Religious positive coping	12.580	0.022
Social functioning	Religious negative coping	-21.158	0.017
Role-emotional	(no significant predictors)		
Mental health	Gender (female)	8.319	0.008
	Comorbidity	-5.525	0.024

Multivariate linear regression; b=regression coefficient

APÊNDICES

APÊNDICE I - Dados demográficos, clínicos e laboratoriais da amostra

Nome:					
Gênero:			Idade:		
Estado civil:					
Religião:					
Classe social:	A	B	C	D	E
Etiologia da doença renal:					
Tempo em diálise:					
Tipo de acesso vascular para hemodiálise:			Cateter	Fístula	
Grau de comorbidade:	Baixo		Médio		Alto
Creatinina (mg/dL):					
Hemoglobina (g/dL):					
Albumina (mg/dL):					
Cálcio (mg/dL):			Fósforo (mg/dL):		
Kt/V:					

APÊNDICE II- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Neste momento o senhor(a) (ou responsável) está tendo a opção de participar de um estudo que objetiva conhecer aspectos relacionados à doença renal crônica em nossa região.

Os resultados desse estudo serão de grande ajuda, pois possibilitarão que os profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes que fazem o tratamento de hemodiálise tenham mais dados sobre como intervir para a garantia do diagnóstico precoce da doença renal crônica.

Para tal, o pesquisador José Roberto Frota Gomes Capote Júnior precisará ter acesso às informações contidas em prontuários sobre as consultas que o senhor(a) realizou em uma das Unidades de Diálise da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Se o senhor(a) (ou responsável) não quiser participar do estudo não implicará em qualquer consequência direta relacionada ao seu tratamento, se o senhor(a) for paciente. Os pacientes que participam e os pacientes que não participam têm o mesmo tipo de assistência pelos mesmos profissionais.

Asseguro que o senhor(a) (ou responsável) tem o direito e a liberdade de desistir de sua participação a qualquer momento, antes de iniciar ou mesmo durante a realização do estudo.

Garanto que o desenvolvimento desta pesquisa não envolve quaisquer riscos ou desconforto para a saúde. O resultado da pesquisa será divulgado, porém, a identidade do participante será mantida no anonimato, bem como qualquer informação que possa identificá-lo(a).

Para esclarecimentos adicionais, estarei disponível no endereço: Unidade de Diálise da Santa Casa de Sobral, Rua Major Franco, s/n – Sobral, CE e pelo telefone 88-3112-0569 e no meu telefone celular 88-9963-3030. Se o senhor(a) concordar em participar, assine a declaração abaixo. Pela atenção, muito obrigado.

.....
José Roberto Frota Gomes Capote Júnior

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que tomei conhecimento do estudo mencionado acima, fui devidamente esclarecido(a) e concordo em dele participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) que funciona na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, 150, Campus Derby, Sobral-CE, telefone (88)3677-4255, e-mail: cep@uvanet.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Sobral,.....de.....de 2015.

.....

Nome do(a) Participante

Assinatura do(a) Participante ou digital

.....

Nome da pessoa que conduziu a discussão do Consentimento

.....

Assinatura da pessoa que conduziu a discussão do Consentimento

APÊNDICE III- Termo de Fiel Depositário

A(o) Senhor(a) _____

Coordenador(a) do(a) _____

Eu, José Roberto Frota Gomes Capote Júnior, médico e docente do Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **ESPIRITUALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE**. O estudo tem os seguintes objetivos:

- Verificar a associação do modo religioso de enfrentamento aos problemas com qualidade de vida e depressão em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise regular.

Assim, venho através deste, solicitar a autorização para acesso aos prontuários dos participantes da amostra do estudo, constituída pelos pacientes com doença renal crônica que estão em hemodiálise no mês de outubro de 2015.

Esclareço que:

- As informações coletadas serão utilizadas somente para objetivos de pesquisa;
- Será mantido o anonimato dos pacientes e quaisquer outras informações ficarão em sigilo.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com o pesquisador responsável:

NOME: José Roberto Frota Gomes Capote Júnior

ENDEREÇO: Unidade de Diálise da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Rua Major Franco, S/N – Sobral, CE

EMAIL: robertojunior_ce@hotmail.com

CELULAR: (88)9963-3030

Eu, _____, assumo as devidas responsabilidades pelo termo.

Sobral/CE, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do representante legal

Assinatura do representante legal pelo local da pesquisa

APÊNDICE IV- Termo de Compromisso de Utilização de Dados

Eu, abaixo assinado, pesquisador envolvido no projeto de título **ESPIRITUALIDADE, QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO ENTRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE**, me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos das Unidades de Diálise da Santa Casa de Misericórdia de Sobral bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS).

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a consultas realizadas a pacientes com doença renal crônica que estão em hemodiálise no mês de outubro de 2015.

Sobral/CE, de de 2015

Envolvido na manipulação e coleta dos dados:

Nome completo	CPF	Assinatura
José Roberto Frota Gomes Capote Júnior	820.161.273-68	

ANEXOS

ANEXO I

VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	1
Muito boa.....	2
Boa.....	3
Ruim.....	4
Muito ruim.....	5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor.....	1
Um pouco melhor.....	2
Quase a mesma.....	3
Um pouco pior.....	4
Muito pior.....	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos	1	2	3

pesados, participar em esportes árduos			
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 o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se 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 em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não 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 a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma.....1
 Ligeiramente.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante4
 Extremamente.....5

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

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

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal?

De maneira alguma.....1

Um pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	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 da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio 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 animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	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 e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se	1	2	3	4	5	6

sentido esgotado?						
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 do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- Todo o tempo.....1
A maior parte do tempo.....2
Alguma parte do tempo.....3
Uma pequena parte do tempo.....4
Nenhuma parte do tempo.....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 falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer 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

ANEXO II

ESCALA DE DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido dessa maneira *durante a semana passada*:

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA	Raramente (menos que um dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas				
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
06. Senti-me deprimido				
07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
08. Senti-me otimista com relação ao futuro				
09. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso				

10. Senti-me amedrontado				
11. Meu sono não foi repousante				
12. Estive feliz				
13. Falei menos que o habitual				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas não foram amigosas comigo				
16. Aproveitei minha vida				
17. Tive crises de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Não consegui levar adiante minhas coisas				

ANEXO III

ESCALA CRE-BREVE

ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL ABREVIADA

(PANZINI & BANDEIRA, 2005)

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos **últimos três anos**.

Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse.

Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número **(1)**

Se você tentou **um pouco**, circule o **(2)**

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada.

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei por um total re-despertar espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Confiei que Deus estava comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Pensei que Deus não existia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Questionei se até Deus tem limites

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Pedi perdão pelos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Participei de sessões de cura espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Ouvei e/ou cantei músicas religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

ANEXO IV – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

Posse de itens

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
TV em cores	0 pt.	1	2 pts.	3 pts.	4 pts.
Rádio	0 pt.	1 pt.	2 pts.	3 pts.	4 pts.
Banheiro	0 pt.	4 pts.	5 pts.	6 pts.	7 pts.
Automóvel	0 pt.	4 pts.	7 pts.	9 pts.	9 pts.
Empregada mensalista	0 pt.	3 pts.	4 pts.	4 pts.	4 pts.
Máquina de lavar	0 pt.	2 pts.	2 pts.	2 pts.	2 pts.
DVD	0 pt.	2 pts.	2 pts.	2 pts.	2 pts.
Geladeira	0 pt.	4 pts.	4 pts.	4 pts.	4 pts.
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 pt.	2 pts.	2 pts.	2 pts.	2 pts.

Grau de escolaridade do chefe da família

Analfabeto/Até 3ª. série do Fundamental	0 pt
Até 4ª. série do Fundamental	1 pt
Fundamental completo	2 pts.
Médio completo	4 pts.
Superior completo	8 pts.

Resultado

Classe A	35-46 pts.
Classe B	23-34 pts.
Classe C	14-22 pts.
Classe D	8-13 pts.
Classe E	0-7 pts.