



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SUZANA MARA CORDEIRO ELOIA**

**EFEITOS DA PRECE SOBRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM  
HEMODIÁLISE: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2019**

**SUZANA MARA CORDEIRO ELOIA**

**EFEITOS DA PRECE SOBRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM  
HEMODIÁLISE: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

**Área de concentração:** Enfermagem na Promoção da Saúde.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joselany Áfio Caetano.

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Livia Moreira Barros

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2019**

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)

---

E1e Eloia, Suzana Mara Cordeiro.  
Efeitos da prece sobre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: ensaio clínico randomizado /  
Suzana Mara Cordeiro Eloia. – 2019.  
89 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e  
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano.  
Coorientação: Profa. Dra. Livia Moreira Barros.

1. Insuficiência renal. 2. Diálise renal. 3. Espiritualidade. 4. Cura pela fê. 5. Cuidados de  
enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

---

SUZANA MARA CORDEIRO ELOIA

**EFEITOS DA PRECE SOBRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM  
HEMODIÁLISE: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joselany Áfio Caetano  
Orientadora – Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Livia Moreira Barros  
Coorientadora – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiana Brasil de Almeida Rebouças  
Membro Efetivo – Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago  
Membro Efetivo – Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lorena Pinheiro Barbosa  
Membro Suplente – Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus e a Maria, nossa Mãe.

Aos meus pais, minha irmã, sobrinho e  
cunhado.

À lembrança dos meus avós.

A todos os pacientes renais crônicos em  
tratamento dialítico.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que tanto me ama, sustenta e preenche a minha vida inteiramente. Obrigada por Tua proteção diária, Senhor, e por sempre direcionar meus passos. Foi a Tua graça que me permitiu chegar até aqui!

Aos meus pais, Francisco Antonio Chagas Eloia e Francisca Ivonete Cordeiro Eloia, minha irmã, sobrinho e cunhado, Sara Cordeiro Eloia, João Davi Eloia Vale e José Etelvino Santos Vale, por todo amor, apoio e ensinamentos. Obrigada pelo convívio, carinho, por toda a dedicação, compreensão e por apoiar-me em todos os meus sonhos.

As amigas, Rafaella Marques Vieira e Renata Morais Rocha, por compartilhar com vocês as alegrias, angústias e superações. Obrigada por sempre estarem presentes na minha vida e por todas as palavras e ações de incentivo.

À Comunidade Católica Shalom e à Missão de Sobral, por me conduzirem ao caminho da paz, em especial às minhas formadoras e amigas, Iza Angélica Gomes Cedro e Zaíra Zilyana Almeida, que foram e continuam sendo fundamentais para o meu crescimento na vocação Shalom. Também não posso esquecer dos irmãos de célula, que sempre estiveram com os corações ofertados para me ouvir e rezar por mim.

Aos amigos Igor Vieira e Augusto Silva por juntos construirmos a gravação da prece desta pesquisa. Gratidão!

Às professoras Dra. Joselany Áfio Caetano e Dra. Livia Moreira Barros, por compartilharem seus conhecimentos e conduzirem a orientação deste estudo.

Aos professores da banca, Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago, Dra. Cristiana Brasil de Almeida Rebouças e Dra. Lorena Pinheiro Barbosa, pela disponibilidade e contribuição no aperfeiçoamento desta pesquisa.

Às amigadas criadas e cultivadas durante este tempo de curso. O convívio e a aprendizagem foram significativos e sei que teremos diversos momentos juntos. Torço pelo sucesso de vocês!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, professores e servidores, pelo zelo com que proporcionam uma formação de qualidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado.

Aos pacientes renais crônicos que participaram da pesquisa.

À Unidade de Hemodiálise da Santa Casa de Misericórdia de Sobral pela parceria na pesquisa.

“Tudo concorre para o bem daqueles que  
amam a Deus”

Romanos 8, 28

## RESUMO

A doença renal crônica gera prejuízos de ordem física, emocional, social e espiritual, que levam os pacientes a desenvolverem mecanismos ou comportamentos de enfrentamento à doença que o sustentam diante das adversidades do cotidiano. O aumento da espiritualidade é um desses mecanismos que possibilita a busca de sentido para lidar com a vida e abrandar o sentimento de ansiedade e desesperança. Assim, o objetivo desse estudo consiste em avaliar os efeitos da prece no aumento do  *coping*  religioso/espiritual e esperança, e na redução dos níveis de ansiedade, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Trata-se de ensaio clínico randomizado realizado na Unidade de Diálise de hospital público de referência para a Região Norte do Estado do Ceará. A amostra foi constituída por 62 pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, distribuídos igualmente no Grupo Controle (GC – n: 31) e Grupo Intervenção (GI – n:31), com seguimento de 5 semanas. O GC recebeu somente os cuidados de rotina da Unidade e o GI recebeu a prece. No momento baseline (M0) foram aplicados os instrumentos: caracterização do perfil sociodemográfico, clínico e espiritual; índice de religiosidade pela Duke Religious Index; a esperança pela Escala de Hert; o Inventário de Ansiedade Estado; a Escala de *Coping* Religioso-espiritual breve; o formulário com registro dos valores de sinais vitais. Os instrumentos que verificam a esperança, a ansiedade, o  *coping*  religioso/espiritual e os parâmetros vitais foram reaplicados nos demais momentos (M1 e M2). Na análise estatística, foram aplicados os testes de normalidade Shapiro-Wilk, Qui-quadrado de Pearson, Friedman, MannWhitney e Wilcoxon. Em ambos os grupos, a maioria dos participantes se apresentou católico, praticante da crença religiosa e que acredita no poder da oração. Quanto à variação total obtida pela Escala de Herth, o GI apresentou maior nível de esperança comparado ao GC. O nível de ansiedade, nos três momentos, apresentou redução significativa nos participantes do GC e GI, passando da intensidade mediana para baixa. Ao comparar a média do nível de ansiedade, o GI foi menor do que os participantes do GC. A prece ocasionou diferença significativa na variável frequência cardíaca (nos momentos M0, M1, M2), frequência respiratória (também nos momentos M0, M1, M2), pressão arterial sistêmica (nos momentos M0 e M2) e pressão arterial diastólica (nos momentos M0 e M2). Em referência à comparação do  *coping*  religioso/espiritual entre os grupos, foi encontrada significância estatística (no momento M2) nos fatores negativos das questões que envolvem a ‘reavaliação negativa do significado’ e nos fatores positivos das questões das dimensões “transformação de si e/ou de sua vida’ e ‘oferta de ajuda ao outro’. A atenção às necessidades espirituais do paciente oportuniza à integralidade do cuidado e a aplicação de intervenções que visem à melhora da ansiedade, esperança e dos parâmetros clínicos do indivíduo se faz necessária para a prática clínica segura. Portanto, o uso da prece impacta nesse contexto, além de proporcionar aos enfermeiros a individualização do cuidar. Infere-se ainda sua importância por ser uma atividade simples, sem custo financeiro e nem mudança na rotina do serviço hospitalar.

**Palavras-chave:** Insuficiência renal; Diálise renal; Espiritualidade; Cura pela fé; Cuidados de enfermagem.



## ABSTRACT

Chronic kidney disease generates physical, emotional, social and spiritual damages that lead to patients to develop mechanisms or behaviors to cope with the disease that sustain them in the face of daily adversities. Increased spirituality is one such mechanism that enables the search for meaning in dealing with life and alleviating feelings of anxiety and hopelessness. Thus, the aim of this study is to evaluate the effects of prayer on increasing religious / spiritual coping and hope, and reducing anxiety, blood pressure, heart rate, and respiratory levels in chronic renal patients undergoing hemodialysis. This is a randomized clinical trial conducted at the Dialysis Unit of a public reference hospital for the Northern Region of Ceará. The sample consisted of 62 chronic renal patients on dialysis treatment, distributed equally in the Control Group (CG - n: 31) and Intervention Group (GI - n: 31), with a 5 - week follow - up. The GC received only routine care from the Unit and the GI received prayer through a headset. At baseline (M0) the following instruments were applied: characterization of sociodemographic, clinical and spiritual profile; religiosity index by Duke Religious Index; hope for the Hert Scale; the State Anxiety Inventory; the brief Religious-Spiritual Coping Scale; the form with registration of vital sign values. The instruments that verify hope, anxiety, religious / spiritual coping and vital parameters were reapplied at the other times (M1 and M2). In the statistical analysis, Shapiro-Wilk, Pearson's Chi-square, Friedman, MannWhitney and Wilcoxon normality tests were applied. In both groups, most participants presented themselves as Catholic, practitioners of religious beliefs, and believers in the power of prayer. Regarding the total variation obtained by the Herth Scale, the GI presented higher level of hope compared to the CG. The anxiety level, in the three moments, presented a significant reduction in the CG and GI participants, going from the medium intensity to the low. When comparing the average anxiety level, the GI was lower than the CG participants. Prayer caused a significant difference in the variable heart rate (at times M0, M1, M2), respiratory rate (also at times M0, M1, M2), systemic blood pressure (at times M0 and M2) and diastolic blood pressure (at times M0 in 2). Referring to the comparison of religious / spiritual coping between the groups, statistical significance (at the moment M2) was found in the negative factors of the questions involving the 'negative reassessment of meaning' and in the positive factors of the questions' self-transformation and / or of your life 'and' offering help to others'. Attention to the spiritual needs of the patient provides the opportunity for comprehensive care and the application of interventions aimed at improving the anxiety, hope and clinical parameters of the individual is necessary for safe clinical practice. Therefore, the use of prayer impacts in this context, in addition to providing nurses with individualization of care. Its importance is also inferred because it is a simple activity, with no financial cost and no change in the routine of hospital service.

**Keywords:** Renal Insufficiency; Hemodialysis; Spirituality; Faith Healing; Nursing care.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

- Figura 1 Fluxograma do ECR proposto e os momentos de coleta de dados. Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Figura 2 Diagrama da randomização e alocação dos pacientes adaptado do Consort (2010). Sobral, CE, Brasil, 2018.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Caracterização dos participantes do estudo, distribuídos em Grupo Controle e Grupo Intervenção, quanto ao perfil sociodemográfico. Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Tabela 2 Caracterização dos participantes do estudo, distribuídos em Grupo Controle e Grupo Intervenção, quanto ao perfil clínico. Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Tabela 3 Caracterização dos participantes do estudo, distribuídos em Grupo Controle e Grupo Intervenção, quanto ao perfil religioso e espiritual. Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Tabela 4 Frequência dos escores dos domínios Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI) dos pacientes renais crônicos conforme o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL). Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Tabela 5 Comparação das médias e desvio padrão das respostas em cada afirmativa da Escala de Herth no primeiro momento (M0) pré-intervenção nos grupos controle e intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Tabela 6 Comparação das respostas em cada afirmativa da Escala de Herth no primeiro, segundo e terceiro momentos (M0, M1, M2) pós-intervenção dos grupos controle e intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Tabela 7 Comparação as médias e desvio padrão amostral dos dados coletados nos três momentos e durante os períodos pré e pós-intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Tabela 8 Comparação intragrupos (controle e intervenção) das médias de frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica. Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Tabela 9 Comparação dos momentos pré e pós-intervenção (GC e GI) de frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). Sobral, CE, Brasil, 2018.
- Tabela 10 Comparação intra e intergrupos (GC e GI) das médias do  *coping*  religioso/espiritual nos dois momentos (M0 e M2) avaliados. Sobral, CE, Brasil, 2018.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trial</i>
CRE	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual
CREN	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo
CREP	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Positivo
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doença Renal Crônica
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EEH	Escala de Esperança de Herth
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HD	Hemodiálise
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IDATE-E	Inventário de Ansiedade Estado
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NHS	<i>National Institutes of Health</i>
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PE	Processo de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não-Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 PERGUNTA NORTEADORA.....</b>	<b>20</b>
<b>3 HIPÓTESES.....</b>	<b>21</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
4.1 Objetivo geral.....	22
4.2 Objetivos específicos.....	22
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
5.1 A pessoa com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise.....	23
5.2 O <i>coping</i> religioso/espiritual.....	25
5.3 Gerenciamento do cuidado em enfermagem na promoção da saúde do paciente renal crônico em hemodiálise.....	27
5.4 Uso da prece no cuidado espiritual de enfermagem direcionado à pacientes críticos.....	30
<b>6 MÉTODO.....</b>	<b>33</b>
6.1 Tipo de pesquisa.....	33
6.2 Local da pesquisa e período.....	35
6.3 População e amostra.....	35
6.4 Randomização e cegamento.....	36
6.5 Desfechos.....	38
6.6 Instrumentos.....	38
6.6.1 <i>Questionário de características sociodemográficas, clínicas e espirituais</i> .....	38
6.6.2 <i>Índice de Religiosidade da Universidade de Duke</i> .....	38
6.6.3 <i>Escala de Esperança de Herth</i> .....	39
6.6.4 <i>Inventário de Ansiedade Estado</i> .....	40
6.6.5 <i>Escala de Coping religioso-espiritual</i> .....	40
6.6.6 <i>Formulário com registro dos valores de sinais vitais</i> .....	41
6.7 Operacionalização do Ensaio Clínico Randomizado.....	42
6.7.1 <i>Pré-intervenção – Momento M0</i> .....	42
6.7.2 <i>Intervenção</i> .....	42
6.7.3 <i>Pós-intervenção</i> .....	43
6.7.4 <i>Grupo controle</i> .....	43

<b>6.8 Análise dos dados.....</b>	<b>43</b>
<b>6.9 Aspectos éticos da pesquisa.....</b>	<b>44</b>
<b>7 RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>7.1 Caracterização da amostra quanto ao perfil sociodemográfico e clínico.....</b>	<b>46</b>
<b>7.2 Caracterização da amostra quanto ao perfil religioso e espiritual.....</b>	<b>48</b>
<b>7.3 Avaliação da esperança.....</b>	<b>51</b>
<b>7.4 Avaliação da ansiedade.....</b>	<b>53</b>
<b>7.5 Avaliação quanto aos parâmetros vitais (FC, FR, PAS e PAD).....</b>	<b>53</b>
<b>7.6 Avaliação quanto ao <i>coping</i> religioso/espiritual.....</b>	<b>54</b>
<b>8 DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>9 CONCLUSÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Entre os problemas mundiais de saúde pública, destaca-se o crescimento da morbimortalidade populacional causada pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), gerando impacto na qualidade de vida da população e no desenvolvimento econômico dos países (ISER, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2013), as DCNT são responsáveis por cerca de 63% das causas de mortes decorrentes no mundo, afetando cerca de 36 milhões de pessoas por ano. Para as próximas décadas, estima-se que ocorra um aumento de 17% na mortalidade causada por estas patologias.

Nesse contexto, encontra-se a Doença Renal Crônica (DRC), provocada por alterações na estrutura e função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico (BRASIL, 2014). Mundialmente, cerca de 5 a 10% da população apresenta DRC e, no Brasil, ela tem aumentado gradativamente (SESSO *et al.* 2011), sendo responsável, em 2015, por 2.949 mortes em sua fase mais avançada, denominada de doença renal crônica terminal. O gênero masculino representa 58,6% do total de óbitos nesse período. Os resultados mostram ainda que, em relação a 2011, o número de mortes aumentou 9,3% entre os homens. Já entre as mulheres apontam crescimento de 8,8% (ABCDT, 2016).

O fato da DRC não ser descoberta na fase inicial e os marcadores da lesão renal muitas vezes não serem os mais sensíveis para identificar graus menores de comprometimento renal, pode dificultar seu controle, tratamento e desencadear mortalidade precoce (CORDEIRO, 2014). Segundo o último censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2017), existe uma estimativa de 122.825 pacientes em tratamento dialítico, sendo 92,1% desses pacientes na modalidade hemodiálise (HD) e 92,3% financiados pelo Sistema Único de Saúde.

No Nordeste brasileiro, há 134 unidades de diálise ativas e regulamentadas, o que corresponde a 18% das unidades de diálise do país. Destas, apenas 41% (55) responderam ao censo brasileiro de diálise, organizado pela SBN. O total de pacientes em tratamento hemodialítico no Nordeste é de 11.308 pessoas. O Sudeste concentra a maioria das unidades ativas do país, com 350 unidades e 42% (157) de taxa de resposta ao censo. A taxa de resposta média do país é de 38%, portanto, a região Nordeste está pouco acima dessa média (SBN, 2014).

Nos últimos anos, têm-se exigido atenção crescente dos sistemas e profissionais de saúde, pois a DRC associa-se diretamente a alta taxa de morbimortalidade e terapêuticas que sobrecarregam de maneira significativa o orçamento e a assistência em saúde em diversas instituições a nível mundial.

A pessoa com DRC apresenta taxa de filtração glomerular (TFG) menor que 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup> associada a pelo menos um marcador de dano renal como alteração do nível sérico de ureia e creatinina (KDIGO, 2013). Essa definição também estabelece o grau de comprometimento renal, usualmente classificado em cinco estágios ou estadiamentos, levando em consideração o valor da TFG (CORDEIRO, 2014). A padronização do estadiamento da DRC é importante para uniformização da linguagem utilizada pelos profissionais e pesquisadores da área, evitando desentendimento na comunicação entre os profissionais envolvidos, pacientes e familiares (BASTOS *et al.*, 2009).

Dessa forma, a *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (2013) e Inker *et al.* (2014) descrevem os estágios da DRC em: I – Lesão renal com TFG normal ou aumentada ( $\geq 90$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup>); II – Lesão renal com TFG levemente diminuída (60-89 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>); III-A – Lesão renal com TFG de levemente a moderadamente diminuída (45-59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>); III-B – Lesão renal com TFG de moderada a gravemente diminuída (30-44 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>); IV – Lesão renal com TFG severamente diminuída (15-29 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>); e V – Insuficiência Renal Crônica estando ou não em terapia renal substitutiva (<15 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>).

Inicialmente, o tratamento para a DRC pode ser realizado por meio de terapias conservadoras, como tratamento dietético, medicamentoso ou controle da pressão arterial (ROMÃO JÚNIOR, 2013). Entretanto, no estágio em que a filtração glomerular é insuficiente para manutenção do bem-estar do paciente, é instituída a diálise. Nesse caso, já não cabe mais a implementação de intervenções nas causas passíveis de correção e redução dos fatores de risco, o que é preconizado nas fases iniciais da doença (SILVA, 2017).

Dentre os tratamentos dialíticos, destacam-se a diálise peritoneal (DP) e a hemodiálise (HD). A HD convencional é a mais realizada, pois, em curto prazo, remove cerca de 1 a 4 litros de fluido corporal no período médio de quatro horas durante três dias por semana (MATOS; LOPES, 2009; PIVATO; ABREU, 2010). Embora esse tratamento aumente a expectativa de vida do paciente, na maioria das vezes, essa nova condição gera prejuízos de ordem física, emocional, social e espiritual, uma vez que leva a limitações de locomoção, recreação, autonomia, entre outras (BRASILEIRO *et al.*, 2017) que interferem de modo significativo na qualidade de vida das pessoas.

Independente da modalidade ou cenário, a diálise continua a ser uma terapia dolorosa que provoca limitações e alterações de grande impacto nos pacientes e suas famílias. Consequências psicossociais como isolamento social, perturbações e o lidar com a carga emocional da doença para si e para os membros da família estão entre os desafios para as



peças que vivem com a doença (TONG *et al.*, 2009). Como explicam Ferreira e Anes (2010), deve-se levar em conta a constante exposição a fatores adversos inerentes à terapêutica da doença renal, como o tempo gasto nas sessões de hemodiálise, as constantes consultas médicas, os exames laboratoriais, as dietas e a expectativa de transplante.

Pereira e Guedes (2009) ressaltam que as mudanças nos hábitos de vida em face da decorrência da doença geram dificuldades associadas a ausência de experiências que proporcionam prazer, privação do trabalho, dificuldades financeiras, incapacidade física para desempenhar as atividades cotidianas e a necessidade do deslocamento para outra cidade para realizar as sessões de hemodiálise. Referem, ainda, as preocupações associadas à preservação do funcionamento das fístulas e controle hídrico. Em geral, essas situações provocam dúvidas, insegurança, medo, angústia e sofrimento quanto à cura e à possibilidade de viver.

Nessa perspectiva, a DRC requer adaptação ou, pelo menos, aceitação do paciente ao tratamento dialítico, visto que muitas pessoas não conseguem adaptar-se ao novo estilo de vida, mas aderem a terapia por ser essencial para a manutenção da vida (MADEIRO *et al.*, 2010). Os pacientes renais crônicos comumente desenvolvem mecanismos ou comportamentos de enfrentamento à doença que o sustentam diante das adversidades do cotidiano, mostrando-se importantes para o seu bem-estar bio-psíquico-sócio-espiritual que envolve um processo de mudança e para melhorar sua qualidade de vida.

Geralmente, os problemas psicológicos e sociais decorrentes da DRC e do tratamento diminuem quando os programas de diálise estimulam o indivíduo a ser independente e a retomar a sua rotina de vida antes da doença. Por isso, o cuidado de enfermagem aos pacientes em tratamento hemodialítico requer sensibilidade e empatia para que se consiga reconhecer os principais problemas enfrentados para adesão ao tratamento (MADEIRO *et al.*, 2010).

Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo a questões como significado e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. Para ela, a espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido (VOLCAN *et al.*, 2003).

Acredita-se que o fortalecimento da espiritualidade é um desses mecanismos que possibilitam a busca de sentido para lidar com a vida e abrandar o sentimento de ansiedade e desesperança, repercutindo positivamente sobre dias melhores, visto que essa condição clínica é uma situação desafiadora (CORTEZ; TEIXEIRA, 2010). A espiritualidade leva à adoção de comportamentos saudáveis, melhorando as condições clínicas dos pacientes, como: parar de

fumar, encorajar a realização de exercícios físicos e os contatos sociais, reduzir os índices de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as coronariopatias (LUCHETTI *et al.*, 2010; MARTER; HOOKER, 2013).

Neste estudo, a espiritualidade é definida como o esforço e a experiência de ligação que cada pessoa tem consigo própria, com os outros, com a natureza e com o transcendente (MEEZENBROEK *et al.*, 2012). Entende-se por transcendente como sendo tudo o que está para além do que é humano, tal como o Universo, a realidade transcendente, o Poder Supremo e Deus.

Uma importante experiência espiritual é a oração ou prece. A prece é uma atividade espiritual comumente utilizada pelos pacientes, que pode contribuir para o processo de transição de saúde-doença e suscita o bem-estar. Além de promover a esperança, permitindo uma ligação com o sagrado e o transcendente (ESPERANDIO, 2015), a prece contribui para que as pessoas que a utilizam se sintam mais fortes e seguras para enfrentar a enfermidade, a terapêutica e o conviver com a doença (BRASILEIRO *et al.*, 2017).

A prática de atividades religiosas para enfrentar situações estressantes da vida está relacionada ao *coping* religioso/espiritual (CRE). Segundo Koenig *et al.* (1998), o CRE é definido como o uso da fé e de crenças religiosas para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida que são estressantes.

Entretanto, de acordo com Pargament *et al.* (1998), a religiosidade pode constituir ajuda ou obstáculo ao alcance de resultados adaptativos no processo de enfrentamento. Um modelo desenvolvido por este autor, identificou padrões positivos e negativos de *coping* religioso, examinando suas implicações para a saúde.

Segundo pesquisadores, o CRE é considerado positivo quando: fornece apoio espiritual (relação com o sagrado, apoio e orientação através das dificuldades); é colaborativo (através da crença de que se está trabalhando com o sagrado para resolver o problema); concede suporte congregacional (apoio social recebido através de um grupo religioso); ou realiza uma reformulação religiosa benevolente (através do pensamento sobre a dificuldade em termos religiosos positivos) (CARPENTER; LANEY; MEZULIS, 2012; KOENIG, 2012; NEVES NETO, 2014). Já o CRE negativo é definido por envolver estratégias que geram consequências prejudiciais ao indivíduo, como questionar a existência ou os atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação e descontentamento em relação a Deus ou a frequentadores de instituições religiosas, sentir-se abandonado por Deus e redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Pargament *et al.* (1998)

indicam que as estratégias de CRE positivo são consideravelmente mais utilizadas que as de caráter negativo.

É preciso abordar as questões relacionadas ao tema da religiosidade/espiritualidade no contexto dos cuidados da saúde. No estudo de Carvalho *et al.* (2014), ao aplicar a prece em pacientes em condições críticas de saúde, identificou-se que se trata de uma estratégia espiritual eficiente para reduzir a ansiedade durante o tratamento. Além disso, seu uso pode ser contínuo, simples, não necessitando de auxílio financeiro e mudança na rotina do serviço hospitalar.

Outros estudos apresentam múltiplos efeitos benéficos com o uso da prece, tais como: diminuição da mortalidade em pacientes com infecções da corrente sanguínea; redução da ansiedade, depressão, melhor funcionamento físico; e redução nos valores da pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória (SIMÕES; CALDEIRA; CARVALHO, 2016; BRASILEIRO *et al.*, 2017).

Compreender a espiritualidade e como ela influencia a vida de pacientes em HD é uma etapa importante da assistência de enfermagem, porque se apresenta como uma das principais metas terapêuticas para a maioria dos pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico que pretende não apenas prolongar a vida, mas sim estabelecer qualidade de vida para aquele indivíduo.

Pesquisas evidenciam que pacientes renais submetidos à HD possuem índices de qualidade de vida piores do que os da população em geral e, até mesmo, do que os pacientes transplantados renais. Afirmam, ainda, que as dimensões mais deterioradas são a física e a mental (GUERRA-GUERRERO; SANHUEZA-ALVARADO; CARCERES-ESPINA, 2012).

Nogueira *et al.* (2018) apontam para o desenvolvimento de pesquisas utilizando os aspectos da espiritualidade, religiosidade e esperança de vida como forma não só de demonstrar sua importância para o enfrentamento de doenças crônicas e para melhor qualidade de vida, mas para ampliar o cuidado a esses pacientes de forma integral e holística pelos profissionais de saúde.

Portanto, investir em estudos que procurem compreender a prece no contexto clínico da HD pode favorecer seu uso na assistência de enfermagem, nos cuidados clínicos prestados aos pacientes de maneira a proporcionar-lhes bem-estar diante das dificuldades e dos sentimentos negativos vivenciados pela DRC e por seu tratamento. Além disso, contribuir com a produção de conhecimento na área de Enfermagem, fortalecendo as estratégias de cuidado no que tange às terapias não convencionais (CARVALHO, 2013).

Estudos recentes têm chamado atenção para os diversos problemas físicos, sociais e emocionais enfrentados por pacientes com DRC em tratamento hemodialítico (JESUS *et al.*,

2019; NOGUEIRA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2016). No entanto, ainda são limitadas as evidências sobre a influência da espiritualidade nos pacientes com o perfil supracitado.

A reação em face da doença e as estratégias utilizadas pelos indivíduos, se constituem importantes fatores que precisam ser considerados para a promoção da saúde e qualidade de vida desses pacientes. A compreensão sobre o cuidado espiritual permitirá à equipe de saúde oferecer o apoio adequado, principalmente, no intuito de prevenir atitudes de pessimismo e desânimo frente à convivência com a enfermidade.

Silva *et al.*, (2016) ressalta que o cuidado de enfermagem a pessoas que vivem com condições renais crônicas não poderá se limitar ao tratamento tradicional, mas necessita abranger as experiências da vida como um todo, pois a saúde tem estreita relação com os acontecimentos cotidianos.

Dessa forma experiência vivida por cinco anos na Comunidade Católica Shalom e que continua enquanto postulante da Comunidade de Aliança, foi determinante para a realização desta pesquisa, pois em conformidade com o pensamento de Silva *et al.* (2016), é preciso contribuir com outras formas para a vida dos pacientes renais crônicos, como proporcionar paz, alegria e esperança ao cuidar de sua espiritualidade.

## 2 PERGUNTA NORTEADORA

Para a elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICO da seguinte maneira (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007): P – pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, I – prece, C – pacientes que receberam cuidados com padrões oferecidos pelos profissionais, e O – os efeitos no aumento do *coping* religioso/espiritual e a esperança, e redução dos níveis de ansiedade, FC, FR, PAS e PAD pelo uso da prece.

A partir desta contextualização, surgiu o seguinte questionamento: Quais os efeitos da prece no *coping* religioso/espiritual, na esperança, na ansiedade, na FC, FR, PAS e PAD em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico?

### 3 HIPÓTESES

- O *coping* religioso/espiritual dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico que receberam a prece (grupo intervenção) será maior ao daqueles que não receberam (grupo controle);
- O sentimento de esperança dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico que receberam a prece (grupo intervenção) será maior ao daqueles que não receberam (grupo controle);
- O nível de ansiedade dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico que receberam a prece (grupo intervenção) será menor ao daqueles que não receberam (grupo controle);
- Os parâmetros FC, FR, PAS e PAD dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico que receberam a prece (grupo intervenção) serão reduzidos aos daqueles que não receberam (grupo controle).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Geral

Avaliar os efeitos da prece no  *coping*  religioso/espiritual, esperança, ansiedade, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.

### 4.2 Objetivos específicos

Descrever as variáveis sociodemográficas, clínicas e espirituais de pacientes renais crônicos em hemodiálise.

Comparar o  *coping*  religioso/espiritual no Grupo Controle (GC) e o Grupo Intervenção (GI).

Comparar a esperança nos pacientes do GC e GI.

Comparar a ansiedade estado nos pacientes do GC e GI.

Comparar os parâmetros FC, FR, PAS e PAD dos participantes do GC e GI.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Nesse estudo, a revisão de literatura será apresentada em três tópicos: 1) A pessoa com DRC em tratamento hemodialítico; 2) Gerenciamento do cuidado em enfermagem na promoção da saúde do paciente renal crônico em hemodiálise; 3) Uso da prece no cuidado espiritual de enfermagem direcionado aos pacientes críticos.

### 5.1 A pessoa com doença renal crônica em tratamento hemodialítico

A HD é o tratamento mais utilizado pelo paciente renal crônico, sendo realizado por toda a vida ou até quando submeter-se a um transplante renal bem-sucedido. Tem a finalidade de depurar o sangue de resíduos metabólicos indesejáveis e do excesso de líquidos. Esse processo ocorre em um meio extracorpóreo que, com uma bomba sanguínea, recircula o sangue por meio de artérias e veias sintéticas conectadas a um dialisador com um compartimento duplo em que o sangue circula por membrana semipermeável envolvida por solução de diálise a fim de substituir a função dos rins (RIELLA, 2008).

O ambiente que realiza esse tratamento, apesar de ser ambulatorial, é considerado um ambiente de alta complexidade. Borges e Martins (2001) referem que na HD o risco de morte está sempre presente devido às grandes complicações, inclusive percebidas pelo paciente que considera sua doença sem cura.

Segundo Castro (2001) em 30% das sessões de HD pode ocorrer algum tipo de complicação decorrente da terapia. Dentre as complicações, citam-se: hipotensão arterial, câimbras, náuseas e vômitos, cefaleia, dor no peito, dor lombar, prurido, febre, calafrios, diarreia, reações alérgicas, arritmia cardíaca, embolia gasosa, hemorragia gastrointestinal, problemas metabólicos, convulsões, espasmos musculares, insônia, inquietação, demência, infecções, pneumotórax ou hemotórax, isquemia ou edema na mão e anemia (ASSMANN; CULLEN; SCHULTE, 2002).

Destaca-se ainda o fato de que o paciente renal crônico é imunodeprimido, de forma que possui susceptibilidade aumentada para infecções. Dessa forma, infecções nos pacientes com IRC podem progredir rapidamente (TERRA *et al.*, 2010).

Sabe-se que a HD prolonga a vida do paciente, alivia o sofrimento e até previne incapacidades posteriores. No entanto, esse tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades são limitadas após o seu início (CARREIRA; MARCON, 2013).



O tratamento estabelece lacunas na dinâmica de vida dos pacientes, assim como adequações a novas rotinas e comportamentos, o que demanda sacrifícios e abdições, e pode levar a transtornos, exaustão e estresse (RAMIREZ *et al.*, 2012). Herdman e Kamitsuru (2015) listam os seguintes itens inerentes ao paciente com doença renal: estilo de vida sedentário nos intervalos das sessões, comportamento de falta de adesão, falha em alcançar resultados, falta às sessões de diálise, vômitos, não aceitação da mudança no estado de saúde, ausência de interesse em melhorar comportamentos de saúde, alteração no paladar, monitoração inadequada da glicemia, ingesta de líquido excessivo, edema, ganho de peso em um curto período, inquietação, alteração no padrão respiratório, eliminação urinária diminuída, alterações no apetite, aumento na frequência cardíaca, diminuição do enchimento venoso, fraqueza, pele/mucosas secas, dentre outras.

Há necessidade de uma assistência integral à pessoa com DRC em HD que atenda às necessidades do paciente, inclusive quanto à sua dimensão espiritual, para que sejam favorecidas as condições de enfrentamento da enfermidade e o seu processo terapêutico (BEZERRA *et al.*, 2012).

É importante que os pacientes desenvolvam competências específicas relacionadas ao tratamento de diálise em si (NOVAK *et al.*, 2013). Um dos pilares terapêuticos é a mudança do estilo de vida e a adesão aos hábitos considerados saudáveis como controle dietético, exercícios físicos, interrupção do tabagismo e do consumo exagerado de álcool (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Os regimes de autogestão da DRC e hemodiálise também incluem o controle da pressão arterial, edema, hipercalemia, hiperfosfatemia, acidose, osteodistrofia renal e anemia, além das citadas acima. Outras medidas de autocuidado adicionam o monitoramento do peso corporal e do açúcar no sangue, além de acompanhamento de uma equipe multiprofissional (KDIGO; SOCIETY INTERNATIONAL NEPHROLOGY, 2013).

O modo como cada paciente vive e se relaciona com a doença é único e pessoal, dependente de vários fatores como o perfil psicológico, as condições ambientais e sociais e o apoio familiar. O enfrentamento da doença é influenciado pelas percepções da qualidade de vida de cada indivíduo.

Estudos com pessoas com DRC em tratamento hemodialítico evidenciaram claro comprometimento da qualidade de vida, sendo os aspectos físicos, emocionais e vitalidade os mais afetados (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011; MARINHO *et al.*, 2018). Dessa forma, melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência do paciente, bem como prevenir e diminuir as complicações da terapia de substituição da função renal têm sido preocupações constantes dos

profissionais de saúde (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

Silva *et al.* (2011) destacam a importância da sensibilidade dos profissionais da saúde, principalmente da Enfermagem que permanece a maior parte do tempo com o paciente, em auxiliá-lo na redução da tensão e manutenção do equilíbrio emocional, facilitando a adaptação ao novo estilo de vida decorrente da doença e do tratamento. Para isso é preciso exercitar a escuta e considerar a percepção dos pacientes, suas necessidades e seus sentimentos em relação ao tratamento dialítico.

Em relação à dependência de cuidados, pode ser frustrante para o paciente com DRC, visto que os idosos submetidos à diálise podem tornar-se mais dependentes de seus filhos ou serem incapazes de viver sozinhos. Muitas vezes, precisam modificar suas responsabilidades e os papéis estabelecidos visando favorecer a adesão à hemodiálise, que pode criar estresse, sentimentos de culpa e incapacidade ao paciente (MADEIRO *et al.*, 2010).

Dentre os fatores promoventes da adesão ao tratamento hemodialítico, foi citada a presença da fé em Deus. O apoio, a religião e a espiritualidade foram mencionadas como fontes importantes de recursos para os pacientes e familiares lidarem com as dificuldades enfrentadas cotidianamente nas suas experiências durante o tratamento de hemodiálise (POTTER; PERRY, 2005).

Conhecendo os desafios que a DRC e a HD apresentam, faz-se necessário oferecer uma abordagem interdisciplinar que enfoque o suporte psicológico, nutricional e social para o seguimento do tratamento da doença renal.

## **5.2 O *coping* religioso/espiritual**

O *Coping* ou enfrentamento refere-se a um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de enfrentar situações estressantes (PANZINI; BANDEIRA, 2007; VALCANTI, 2012).

Estudos têm identificado uma variedade de estratégias de *coping* religioso que não são meramente defensivos, mas que incluem métodos ativos, passivos e interativos e abrangem tanto atividades focadas no problema quanto na emoção (Pargament *et al.*, 2004). O *coping* focalizado no problema caracteriza-se por pensamentos e/ou comportamentos direcionados à situação causadora de estresse, na tentativa de modificá-la ou manejá-la. Por sua vez, o *coping* focalizado na emoção refere-se aos pensamentos e/ou ações cujo objetivo primordial é regular a resposta emocional causada pelo estressor, aliviando os efeitos deletérios do estresse, de modo

que a pessoa se sinta melhor, embora não altere as condições estressoras (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Pesquisas têm destacado a importância da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento de enfermidades físicas e psicológicas. Feher e Maly (1999) verificaram que a fé ou a religiosidade de todos os pacientes analisados aumentou durante situações críticas, sendo que 91% relataram usar a fé como suporte emocional necessário para enfrentar o câncer. Panzini e Bandeira (2007) investigaram em 225 estudos a relação do *coping* religioso/espiritual com a saúde física e identificaram resultados benéficos do envolvimento religioso em relação a dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sangüínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade (KOENIG, 2001).

Entretanto, de acordo com Pargament *et al.* (1998), a religiosidade pode constituir ajuda ou obstáculo ao alcance de resultados adaptativos no processo de enfrentamento. Um modelo desenvolvido por este autor, identificou padrões positivos e negativos de coping religioso, examinando suas implicações para a saúde.

Define-se o coping religioso-espiritual positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico ao praticante. Enquanto o coping religioso-espiritual negativo é definido por envolver estratégias que geram conseqüências prejudiciais ao indivíduo.

Harrison *et al.* (2001), em uma revisão de literatura, encontraram significativa associação entre sintomas de ansiedade e estratégias de coping religioso-espiritual negativo. Verificaram ainda que autoestima, satisfação com a vida e percepção positiva da qualidade de vida estavam frequentemente relacionados ao padrão positivo de enfrentamento religioso.

Panzini (2004) avaliou a relação entre CRE, saúde e qualidade de vida em 616 pessoas entre 13 e 82 anos. Verificou que 97,9% acreditavam em Deus, 91,6% consideravam que a religião/espiritualidade tem ajudado no coping com o estresse, 56,4% apresentaram alta frequência religiosa e 45,5%, alta frequência de atividades religiosas privadas. Muitos declararam ter algum problema de saúde em avaliações objetiva (39,8%) e descritiva (50,6%). Em média, demonstraram alto uso de CRE, com predomínio do positivo, especialmente os mais idosos (46 a 82 anos). Verificaram-se, principalmente, associações positiva entre CRE e QV e negativa entre CRE negativo e QV, levando à proposição da proporção mínima de 2:1 entre CRE positivo e CRE negativo para que se obtenham resultados positivos do CRE na QV (PANZINI; BANDEIRA, 2005). Aqueles que usaram mais CRE apresentaram melhor QV em todos os domínios do WHOQOL-bref, além de maiores níveis de saúde objetiva, frequência religiosa e crescimento espiritual.

Observa-se a influência dos fatores religiosos e espirituais na adaptação ao diagnóstico e tratamento do câncer, no qual se verifica importância para a saúde e recuperação dos pacientes. No estudo de Veit e Castro (2013) há evidências de que o coping religioso negativo está relacionado a um pior ajustamento psicológico, incluindo depressão e ansiedade.

Josephson (2004) observa, no entanto, que para muitos psiquiatras de crianças e adolescentes integrar religião/espiritualidade à prática clínica parece complicar uma tarefa já árdua, por confrontá-los com questões sobre quando, como e em que profundidade discutir esses temas e quando referir a um profissional religioso/espiritual. Conclui, todavia, que a importância dos fatores religiosos/espirituais na vida de muitas crianças e suas famílias não deixa outra opção senão abordá-los o mais diretamente possível, valendo o esforço, pois em muitos casos abrirão novas áreas para a melhora clínica dos pacientes.

Nesse contexto, observa-se que a religião e a espiritualidade podem ser recursos importantes para lidar com a doença ou, ao contrário, podem prejudicar o tratamento e o bem-estar dos pacientes. No entanto, faz-se necessário elaborar intervenções religiosas/espirituais apropriadas que possam vir a ser inseridas em planos de tratamento de saúde.

### **5.3 Gerenciamento do cuidado em enfermagem na promoção da saúde do paciente renal crônico em hemodiálise**

Gerenciar ou administrar se apresenta como um processo de trabalho do enfermeiro, no qual se empregam métodos, como o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria, e cuja finalidade é prover condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia (SANNA, 2007).

O enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, o delega ou quando realiza a assistência ao cliente, quando prevê e provê recursos, capacita a equipe de enfermagem e interage com outros profissionais, ocupando espaços de articulação e negociação em busca de melhorias no cuidado (FELLI; PEDUZZI, 2009).

Para alcançar resultados positivos no gerenciamento do cuidado de enfermagem é importante o desenvolvimento de uma atuação articulada, dinâmica e técnica do profissional que possam atender às necessidades pessoais de cuidado dos pacientes, considerando o seu contexto social e os objetivos da instituição e da equipe de enfermagem (LAUS; ANSELMINI, 2008).

O enfermeiro deve buscar meios para realizar o cuidado de maneira eficaz e com foco nas necessidades dos clientes. Nesse sentido, faz-se necessário gerenciar o cuidado de

enfermagem ao indivíduo considerando o cuidado espiritual.

O cuidado espiritual pode ser compreendido como respeito pelos pacientes, em interações amigáveis e simpáticas, na partilha de rituais e funciona como potencializador do encontro da força interior por pacientes e profissionais (MAHMOODISHAN *et al.*, 2010).

O foco no cuidado espiritual exige que os profissionais de saúde adotem métodos sistemáticos, oferecendo atenção individualizada que ocorre quando o profissional se faz presente, ouve as necessidades do indivíduo e da família, conhece e respeita as suas crenças e os seus valores. Dessa forma, o plano de cuidado é pessoal e oferece intervenções reais ao contexto da vida do paciente para tornar possível a reabilitação da saúde.

A DRC apresenta diversos impactos sobre a vida do indivíduo doente e de seus familiares. O caráter irreversível da patologia exige destes uma transformação em suas rotinas para que possam adequar-se e, além disso, aderir ao novo tratamento instituído (BEZERRA; SANTOS, 2008).

Nesse contexto, desenvolver o cuidado com foco espiritual às pessoas com doença renal é manter estável o reconhecimento pessoal que cada indivíduo possui sobre si mesmo, valorizando suas crenças e valores diante das transformações e mudanças inerentes a realização do tratamento dialítico.

Para destacar a legislação da assistência a esses pacientes, ressalta-se a Portaria nº 389 de 13 de março de 2014 que define como diretrizes o desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidados à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado.

Mesmo com a portaria 389/2014, é importante considerar a RDC 154 de junho de 2004 que continua sendo base para o funcionamento de todo serviço de terapias renais substitutivas (TRS) e estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. Nela preconiza que o serviço deve estabelecer, por escrito, em conjunto com o responsável o Programa de Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde, uma rotina de funcionamento, assinada pelo médico responsável técnico e pelo enfermeiro responsável técnico pelo serviço de hemodiálise, compatível com as exigências técnicas previstas neste regulamento onde se destaca os seguintes itens: procedimentos de enfermagem, controle e atendimento de intercorrências, controle dos parâmetros de eficácia do tratamento dialítico.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem como objetivo unir as atividades e procedimentos de enfermagem, para que deixem de ser ações isoladas e passem a fazer parte de um processo. Este processo é denominado Processo de Enfermagem (PE) e é

utilizado como método indispensável para um melhor desempenho das atividades assistenciais do enfermeiro. A sua utilização como um método científico de trabalho possibilita melhorias na qualidade da assistência de enfermagem, através do planejamento individualizado de suas ações, que são elaboradas para conferir continuidade e integralidade do cuidado (FERREIRA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, apresenta-se o processo de enfermagem como um modelo de pensamento crítico essencial para promover um nível competente de trabalho e compor a base da tomada de decisão (ALFARO-LEFEVRE, 2014).

O PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que é a coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem, a implementação das ações ou intervenções e, por fim, a avaliação de enfermagem (BRASIL, 2009).

Utilizando-se destas etapas a SAE é apontada como um dos instrumentos capazes de garantir melhorias no desempenho da equipe de enfermagem para a assistência prestada e garantir a autonomia do profissional ao prescrever o cuidado, além disso, garante melhorias na execução das tarefas exigidas nos diferentes campos de atuação (SANTOS, 2014).

A realização da sistematização da assistência de enfermagem ao cliente submetido à TRS favorece ao profissional de enfermagem garantir a qualidade dos cuidados proporcionados a pessoa com DRC, trazendo segurança aos procedimentos realizados durante a HD.

É evidenciada na literatura e em experiências do cotidiano de implantação da SAE, a necessidade do enfermeiro estar pautado em um suporte teórico, ou seja, definir uma teoria de enfermagem que seja condizente com a realidade da clientela atendida, no seu ambiente organizacional, para dar sustentação ao PE, atribuindo assim um sentido ao universo da enfermagem (ALCÂNTARA *et al.*, 2011).

A escolha da teoria de enfermagem utilizada no cuidado ao paciente renal que darão sustentação à prática da Enfermagem, alicerçará a SAE e a operacionalização do PE, respondendo ao que foi definido pelo Conselho Federal de Enfermagem em sua Resolução Nº. 358/09 (BRASIL, 2009). Há que se salientar que a SAE é um importante instrumento de gestão que permitirá atender a filosofia institucional no que se refere à excelência da assistência, à liderança e ao compromisso (SCHMITZ *et al.*, 2017).

Para contribuir com a assertiva sobre a importância do cuidado à pessoas com doença renal, em 2011, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA, 2010), junto à Organização Nacional de Acreditação e representando a *Joint Commission International*, publicou o Manual Internacional de Acreditação Hospitalar, que define padrões para a assistência hospitalar e

inclui metas internacionais de segurança do paciente.

Um dos critérios pontuados no manual é a avaliação do paciente e descreve que o enfermeiro deve analisar o estado de saúde do cliente focando nos aspectos biopsicossociais e econômicos, e promovendo a elaboração de um plano de cuidados específicos para o indivíduo. Diante disso, uma avaliação por parte do enfermeiro que inclua o estado do cliente se faz necessária para compreender fatores desencadeadores que influenciam nas respostas relativas à doença e ao seu tratamento, facilitando a elaboração do diagnóstico de enfermagem.

O cuidado holístico é a assistência de enfermagem que ocorre de forma profissional, pautada nos princípios da humanização. Para executar o cuidado holístico, eixo fundamental para o desenvolvimento do processo de enfermagem, o enfermeiro precisa abranger não somente o biológico, mas a totalidade que o permeia. O profissional de enfermagem não pode limitar sua atenção ao atendimento daquilo que é visível no corpo, mas sim ampliar sua visão para o todo (SCHMITZ *et al.*, 2017).

O ato de diagnosticar, implementar ações e avaliar o cuidado de enfermagem durante a sessão de hemodiálise exige atitudes e ações pautadas não somente no conhecimento especializado. Esse movimento holístico permite que o enfermeiro reconheça sua assistência permeando um conhecimento técnico-científico coerente na identificação das necessidades do cliente na hemodiálise, agindo nas intercorrências, coordenando a assistência e, além disso, mantendo o funcionamento do setor.

Assim, referencia-se Bulechek *et al.* (2016) que elaboraram a Classificação das intervenções de enfermagem (*Nursing Intervention Classification* (NIC)). Nesta se encontra a intervenção “Apoio Espiritual” (nº 5420), cuja definição se apresenta como “Assistência ao paciente para que sinta equilíbrio e conexão com uma força maior” e delimita como atividade “Favorecer o uso de meditação, oração e outros rituais e tradições religiosos pelo indivíduo”.

Somado ao conhecimento técnico e especializado, o PE garante que o profissional de enfermagem prescreva cuidados voltados à pessoa em tratamento dialítico considerando a dimensão clínica, humana e espiritual do paciente, sendo dessa forma, o cuidado gerenciado de forma holística e integral.

#### **5.4 Uso da prece no cuidado espiritual de enfermagem direcionado aos pacientes críticos**

Este capítulo se desenvolveu no intuito de discutir a prece como estratégia para o cuidado espiritual de pessoas doentes.

Para introduzi-lo, concordou-se com Guimarães e Avezum (2007) ao definir a prece como uma prática antiga de diferentes religiões, que está associada ao bem-estar, promoção de saúde, introspecção e espiritualidade.

A partir da década de 1980, essa prática passou a ser assunto investigado em diversas pesquisas da área de saúde (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Ross *et al.* (2008) discutem o uso da prece no tratamento de diversas doenças crônicas. Em pessoas diagnosticadas com câncer, constatou-se que a oração é a terapia alternativa e complementar mais utilizada, com 68,5% de adultos norte-americanos diagnosticados com câncer fazendo uso com frequência da oração.

A oração possui diferentes formas e usos para as pessoas que creem em seu poder e em sua influência. Ela tem muitos propósitos, expressões e significados para os pacientes e para suas famílias, bem como para os próprios profissionais. O ato de se envolver em oração apoia as experiências espirituais dos pacientes e traz períodos de intimidade com Deus, revela a presença e o amor de Deus, além de servir como uma fonte de conforto e de esperança (WILKINSON; LEUVEN, 2010).

Exprimir pedidos, súplicas ou anseios são características da prece mais utilizadas pelos pacientes, que pode contribuir para o processo de transição de saúde-doença e suscita o bem-estar. É necessário o incentivo da prece pelos profissionais envolvidos na assistência à saúde para o processo de enfrentamento do adoecimento (CARVALHO *et al.*, 2014), tendo em vista que o cuidado aos pacientes de forma a atender a todas suas necessidades, ou seja, o cuidado holístico é muitas vezes estabelecido nos códigos de ética profissional e nas políticas de saúde (SIMÃO; CALDEIRA; CARVALHO, 2016).

No contexto da enfermagem, a prece é vislumbrada como uma intervenção e deve ser considerada nas diversas atividades realizadas durante a execução de suas práticas habituais, com a finalidade de propiciar vantagens ao tratamento convencional, além de prover a pessoa em sua espiritualidade (SIMÃO; CALDEIRA; CARVALHO, 2016).

Como alguns pacientes estão acostumados a períodos regulares de oração durante o processo de tratamento e recuperação da saúde, podem pedir ao enfermeiro para rezar com eles ou esperar que o próprio profissional sugira isso. Portanto, deve-se investigar como esses pacientes gostariam de rezar e que tipo de oração desejam realizar (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007). O enfermeiro deve procurar conhecer as crenças e práticas religiosas do paciente por meio de uma coleta de dados; outra forma, a prática da oração seria desrespeitosa.

De acordo com Narayanasamy (2006), a atenção às necessidades espirituais do paciente consiste em respeitar a privacidade do mesmo; ajudá-lo em sua concentração; escutar suas



preocupações; e fornecer conforto e sossego, respeitando suas crenças religiosas. Vale ressaltar que os enfermeiros precisam se sentir confortáveis com sua própria espiritualidade ao prover o cuidado espiritual e não professar uma religião ou impor alguma crença ou prática espiritual (DALMIDA, 2006; LEMONE, 2007; MINER-WILLIAMS, 2006). Antes de tentar compreender as variedades de experiência religiosa, os profissionais da saúde precisam ter autoconhecimento e, também, pensar em sua própria espiritualidade (WILKINSON; LEUVEN, 2010).

O estudo de Simões, Caldeira e Carvalho (2016) ainda reforça que se houver sentimentos de despreparo para orar com os pacientes, a presença de líderes religiosos ou capelães deve ser solicitada, pois eles são membros da equipe multidisciplinar de saúde.

Sendo a prece esta ferramenta que proporciona uma nova perspectiva para a assistência de enfermagem, promovendo diferentes efeitos positivos, torna-se fundamental a discussão de tais efeitos, como a diminuição da mortalidade em pacientes com infecções da corrente sanguínea, redução da ansiedade e depressão e melhor funcionamento físico (SIMÕES; CALDEIRA; CARVALHO, 2016).

Estudo aponta que pacientes com câncer recorrem às terapias alternativas e complementares para ajudá-los em problemas de saúde quanto na prevenção da doença. Dentre as terapias alternativas e complementares, segundo Barnes *et al.* (2004), a prática da oração é a atividade mais usada. Comumente, as pessoas com câncer utilizam a oração para uma melhora de sua saúde, com obtenção de efeitos benéficos para si (ROSS *et al.*, 2008; LENGACHER *et al.*, 2002; MERAVIGLIA, 2002).

Dados sobre pacientes que realizam tratamento quimioterápico revelam que a prece foi significativa para o estabelecimento dos sinais vitais e da ansiedade (CARVALHO *et al.*, 2014). Ao comparar os resultados da coleta pré e pós-intervenção, foram observadas alterações significativas no grau de ansiedade ( $p < 0,00$ ), na frequência respiratória ( $p = 0,04$ ) e na pressão arterial ( $p = 0,00$ ) dos pacientes que receberam a prece. Em pacientes cardiovasculares e até mesmo em pessoas saudáveis, a prece foi aplicada e foi notória a redução do ritmo respiratório e melhora dos parâmetros da função cardíaca (BERNARDI *et al.*, 2001).

Guimarães e Avezum (2007) apresentam uma revisão de estudos em que a prece foi aplicada em pacientes com doenças cardíacas, doenças do sistema imunológico, reprodutor, renal e prematuridade, obtendo efeitos positivos no decorrer do tratamento. Portanto, pode-se constatar o uso da prece como um co-adjuvante no tratamento das doenças. No entanto, há necessidade de realizar novos estudos que definam as áreas que são beneficiadas pela força da prece.

## 6 METODO

### 6.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo experimental do tipo ensaio clínico randomizado (ECR), controlado, cego e longitudinal. Neste tipo de estudo, o pesquisador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre os desfechos, além de manipular uma variável independente e alocar os participantes em cada grupo de forma aleatória por intermédio da randomização. Assim, o ECR tem como uma das vantagens a capacidade de demonstrar causalidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003; MEDRONHO et al., 2009; HULLEY et al., 2015).

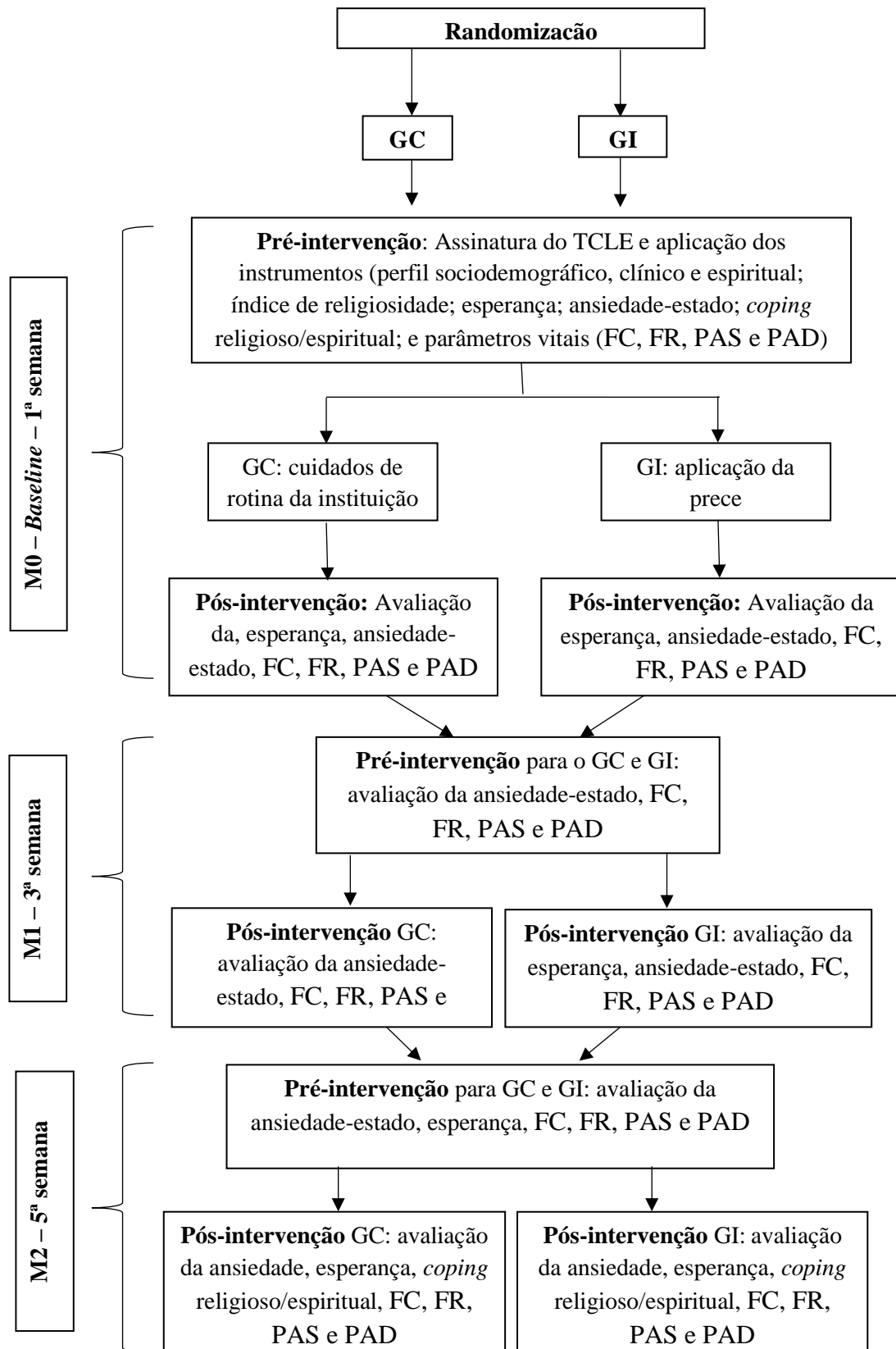
Para ser caracterizado como experimental, um estudo precisa seguir as seguintes propriedades: 1) manipulação, que consiste na realização de alguma intervenção; 2) controle, relativo à introdução de controles no estudo, que geralmente não recebem a intervenção; e 3) randomização, que consiste na distribuição dos participantes em grupo controle e experimental, de forma aleatória (POLIT; BECK, 2015).

Como a randomização é a base de um ensaio clínico, torna-se importante que seja realizada de forma correta. Deve realmente alocar tratamentos aleatoriamente e as alocações devem ser invioláveis, de forma que seja impossível que fatores intencionais ou não intencionais influenciem na randomização (CUMMINGS; GRADY; HULLEY, 2007).

Ressalta-se que o estudo seguiu as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trial* (CONSORT), acerca da realização de ECR. O CONSORT possui 25 recomendações (ANEXO A) que objetivam o fornecimento de um guia padrão para contribuir com a qualidade dos estudos e dos seus registros, além de comprovar se o estudo que foi realizado realmente se trata de um ECR e se possuiu rigor metodológico (MOEHR, 2010).

Nesse estudo, apresenta-se a prece como uma intervenção de enfermagem. A prece foi aplicada no GI no decorrer das sessões de HD, durante cinco semanas de acompanhamento e comparado o seu efeito com o GC que recebeu os cuidados de rotina oferecidos pelos profissionais da instituição estudada. O procedimento para coleta de dados em cada grupo está exemplificado pela figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma do ECR proposto e os momentos de coleta de dados. Sobral, CE, Brasil, 2018.



Fonte: Próprio autor.

## 6.2 Local da pesquisa e período

O estudo foi realizado na Unidade de Diálise de um hospital público da região Norte do Ceará, que oferece, em média, HD para 216 pacientes renais crônicos, o que corresponde a 6.480 sessões de HD mensais. Justifica-se a escolha desta instituição por ser um hospital de referência para o atendimento dos casos de DRC da mesorregião noroeste do Estado do Ceará, cuja área abrange 34.560 km<sup>2</sup>, onde estão localizados 55 municípios com densidade demográfica de 37,3 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2015).

A Unidade de Diálise foi instalada em 1989 e oferece atendimento de HD e DP, para adultos e crianças com DRC atendidos no ambulatório e, ainda, presta assistência aos pacientes com insuficiência renal aguda, internados nos setores da Unidade de Terapia Intensiva e Emergência. Ressalta-se que esta Unidade presta atendimento aos pacientes somente pelo Sistema Único de Saúde, seguindo os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC estabelecidos pela Portaria N° 389/14 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Conta com uma equipe multiprofissional de médicos e enfermeiros, com especialização na área de Nefrologia, e equipe de técnicos de enfermagem capacitados na área. Oferece, também, atendimento e acompanhamento dos serviços de Nutrição, Psicologia e Assistência Social com terapias de apoio para os pacientes.

Os pacientes ambulatoriais que fazem HD vêm ao hospital para o tratamento três vezes por semana, em dias intercalados, e divididos em sessões com duração de quatro horas, que ocorrem nos turnos manhã, tarde e noite, de segunda a sábado, iniciando às 6:00 horas e finalizando as 22:00 horas. Já os pacientes que fazem DP são treinados para realizar o tratamento em seus domicílios. A coleta de dados foi realizada entre setembro a dezembro de 2018.

## 6.3 População e amostra

A população do estudo foi representada por todos pacientes renais crônicos em HD durante o período de coleta de dados. Para amostra, foram incluídos aqueles que atenderam aos critérios de inclusão: pacientes com idade superior a 18 anos, alfabetizados, clinicamente estáveis e orientados quanto ao tempo e espaço ao atingir 24 ou mais pontos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BRASIL, 2013).

Os critérios de exclusão adotados foram: pacientes com presença de surdez, pois optou-se por aplicar a prece com o auxílio de fones de ouvido; apresentar limitações que

comprometessem a fala; e que tenham utilizado ansiolíticos no período de até 24 horas anterior à intervenção.

A amostra foi estimada de acordo com a fórmula para estudos de ensaio clínico com desfecho contínuo:

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) \cdot (Z_{\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2}$$

n: significa o tamanho da amostra;

$\sigma_1$ : desvio padrão estabelecido nesta pesquisa;

$\sigma_2$ : desvio padrão amostral de estudo anterior;

$Z\alpha$ : nível de significância adotado de 95% ( $Z\alpha=1,96$ );

$Z\beta$ : poder estatístico de 80% ( $Z\beta: 0,84$ );

$\mu_2$ : média aritmética identificada em estudo anterior para o desfecho contínuo, neste caso foi escolhido o *coping* religioso/espiritual;

$\mu_1$ : média aritmética que se deseja alcançar.

Portanto, foram alocados 31 pacientes renais crônicos no grupo experimental e 31 pacientes no grupo controle, totalizando uma amostra de 62 indivíduos, considerando a possível ocorrência de perdas. Os pacientes renais crônicos que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa, sendo explicado previamente que poderiam ser alocados em um dos dois grupos diferentes.

Nesse estudo, não houve perda de seguimento da amostra.

#### **6.4 Randomização e cegamento**

A randomização é uma das características inerentes à realização de um estudo experimental e consiste na alocação aleatória dos sujeitos nos dois grupos, GC e GI, a fim de contribuir para que o acaso distribua uniformemente entre os grupos características dos participantes que podem ser confundidoras nas associações estatísticas (HULLEY, 2015).

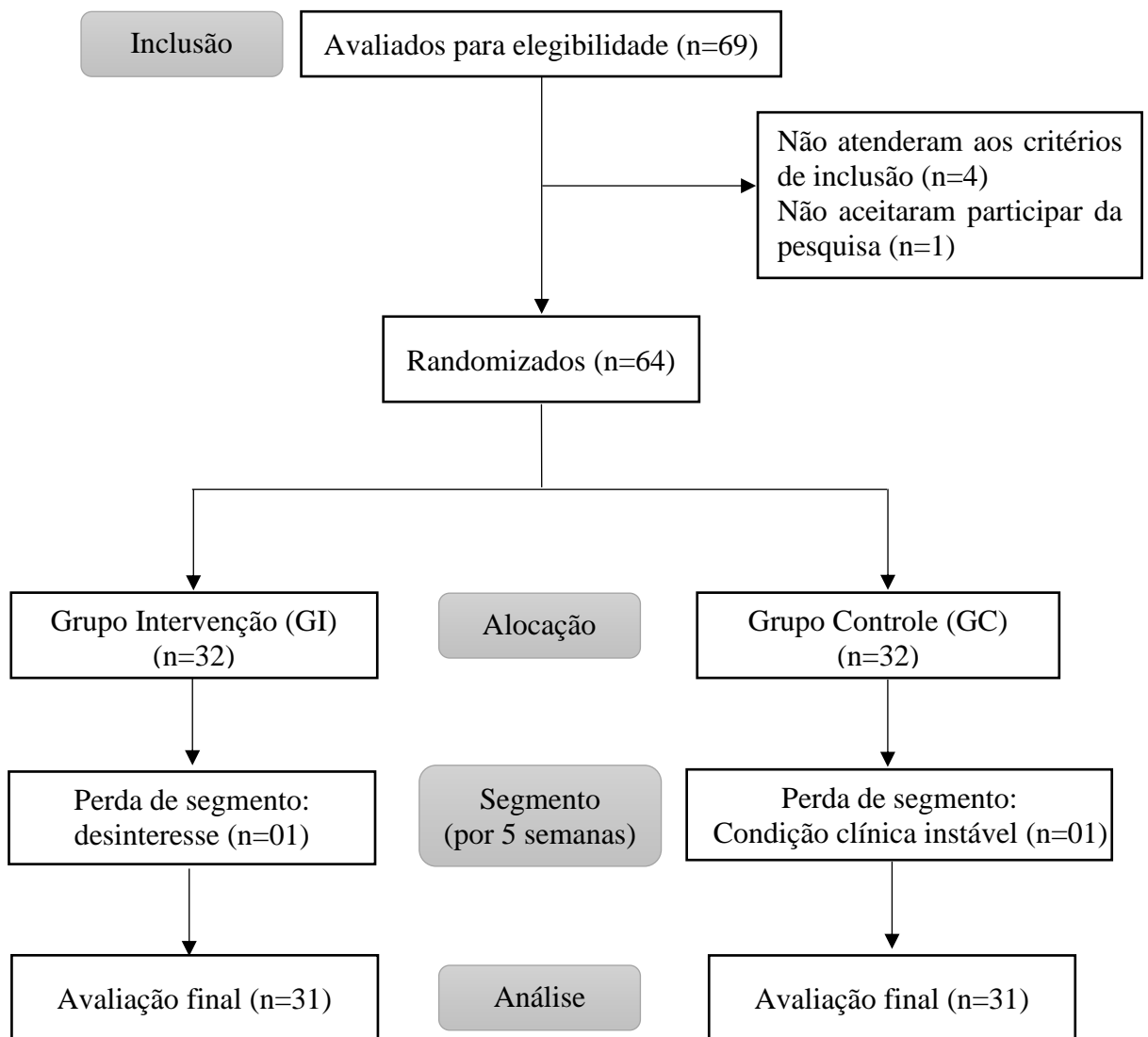
Para tanto, realizou-se a randomização a partir do sorteio dos dias alternados da semana para a coleta entre GC e GI conforme os dias de diálise, reduzindo, assim, a possibilidade de encontros entre os participantes para impossibilitar a contaminação da amostra, visto que os pacientes realizam as sessões de hemodiálise em grupos. Houve o cuidado para que os dois

grupos tivessem a mesma quantidade de participantes objetivando a realização da análise de dados de forma pareada.

No percurso metodológico utilizado, o pesquisador (aplicador da prece) reconheceu a alocação dos pacientes no GC e GI. Porém, o mascaramento ocorreu com os participantes e o estatístico da pesquisa.

Para clarificar o processo de randomização e alocação, foi construído um diagrama adaptado do protocolo do Consort (SCHULZ *et al.*, 2010) – Figura 2.

**Figura 2** – Diagrama da randomização e alocação dos pacientes adaptado do Consort (2010). Sobral, CE, Brasil, 2018.



Fonte: Adaptado do CONSORT (Schulz *et al.*, 2010).

## 6.5 Desfechos

O desfecho principal foi o efeito da prece sobre o *coping* religioso/espiritual, correspondendo à uma intervenção efetiva de enfrentamento da condição imposta pela DRC. Enquanto os desfechos secundários foram os efeitos da prece sobre o aumento da esperança e a redução da ansiedade, FC, FR, PAS e PAD.

## 6.6 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram:

### 6.6.1 *Questionário de características sociodemográficas, clínicas e espirituais*

Questionário de características sociodemográficas, clínicas e espirituais (APÊNDICE A), com a finalidade de permitir a caracterização da amostra elaborado com base nos achados das pesquisas de Brasileiro *et al.* (2017) e Carvalho *et al.* (2014), e adaptado conforme aplicação do teste piloto com seis pacientes não incluídos na amostra final.

Foram obtidas informações como sexo, idade, escolaridade (em anos), estado civil (solteiro, casado, divorciado, união estável ou viúvo), pessoas com quem mora, procedência, ocupação e renda familiar mensal (somatório familiar em reais tendo como base o valor do salário mínimo vigente no ano de 2018 - R\$ 954,00). Quanto aos dados clínicos, investigou-se a condição de etilista, tabagista, outras doenças associadas à DRC, tempo que faz o tratamento hemodialítico e outro tipo de tratamento para a doença. Ainda quanto a religiosidade, foi verificado o tipo de crença religiosa (católico, evangélico, sem religião ou outras), se pratica e se acredita no poder da oração, se tem familiares ou amigos rezando e se participa de grupo de apoio.

### 6.6.2 *Índice de Religiosidade da Universidade de Duke*

O *Duke Religious Index*, Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (escala DUREL) (ANEXO B), versão em português (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2007), foi desenvolvido por Koenig, Patterson e Meador (1997) nos Estados Unidos e possui cinco itens que captam três das dimensões da religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO); não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI).

Os dois primeiros itens que abordam a RO e RNO foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e mostraram relação com indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros itens referem-se a RI; são os três itens da escala de RI de Hoge (1972) que melhor se relacionam com a pontuação total nessa escala e com suporte social e com desfechos em saúde; as opções de resposta desses três últimos itens estão em escalas do tipo Likert. As pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser consideradas separadamente e os escores das mesmas não devem ser somados em um escore total (KOENIG; PATTERSON; MEADOR, 1997). Portanto, para RO e RNO, escore menor que três caracteriza uma alta religiosidade; maior que três, baixa religiosidade e para RI, escore menor que 7,5 caracteriza alta religiosidade e maior que 7,5, baixa religiosidade (KOENIG *et al.*, 1997).

Vale ressaltar que a versão em português desta Escala aplicada por Taunay *et al.* (2012), durante investigação das dimensões da religiosidade em amostras brasileiras com características sociodemográficas diversas, apresentou adequada consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach  $> 0,80$ ) e confiabilidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclasse  $> 0,90$ ).

### **6.6.3 Escala de Esperança de Herth**

A Escala de Esperança de Herth (EEH) (ANEXO C) originou-se do instrumento Herth Hope Index, de origem americana, específico para mensuração da esperança. Os pesquisadores Sartore e Grossi (2008) em estudo realizado em pacientes com doença crônica, adaptaram e validaram a versão desta Escala para a língua portuguesa do Brasil.

A EEH é designada para facilitar a avaliação da esperança em vários intervalos onde as variações nos níveis de esperança poderão ser identificadas. Com adequada validade e confiabilidade, auxilia pesquisadores na avaliação dos estados de esperança entre os pacientes e a avaliação da efetividade das estratégias de aumento da esperança (HERTH, 1992).

Constitui-se de uma escala composta por 12 itens originais escritos de forma afirmativa onde a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos, variando de concordo completamente a discordo completamente onde 1 indica discordo completamente e 4 indica concordo completamente. Há dois itens, a afirmação de número 3 e a de número 6 que apresentam escores invertidos. O escore total varia de 12 a 48 sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança (SARTORE; GROSSI, 2008).

A confiabilidade da Escala foi verificada por meio da análise da consistência interna demonstrada pelos resultados satisfatórios do coeficiente Alpha de Cronbach total de 0,834. O



teste–reteste mostrou que a média dos índices obtidos entre as aplicações obteve um valor similar ( $p=0,97$ ) (SARTORE; GROSSI, 2008).

A EEH pode ser utilizada em vários contextos como primeira recidiva de câncer, idosos na comunidade ou em instituições, avaliação de dor e esperança em pacientes com câncer, avaliação de pacientes em cuidados paliativos e também para planejar intervenções no serviço de enfermagem, entre outros (SARTORE; GROSSI, 2008).

#### **6.6.4 Inventário de Ansiedade Estado**

O Inventário de Ansiedade Estado (IDATE-E) (ANEXO D) é um instrumento que avalia o estado de ansiedade. O IDATE-E, criado por Spielberger e colaboradores (1970) e validado no Brasil (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979). Consiste de 20 afirmações descritivas de sentimentos pessoais que permitem graduação em relação à intensidade com que estão ocorrendo naquele momento (GAMA *et al.*, 2008).

Esse instrumento constitui de perguntas autorrelatadas, tipo likert. Na avaliação da escala IDATE-E as respostas variam entre 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo) (GAMA *et al.*, 2008).

O escore total varia de 20 a 80 e indica baixo grau de ansiedade (0-30), grau mediano de ansiedade (31-49) e grau elevado de ansiedade (maior ou igual a 50) (ANDREATINI *et al.*, 1993). Para fins de análise, estas escalas não possuem pontos de corte definidos, mesmo porque o nível pode variar de acordo com as características individuais e amostrais, pois se trata de um ordenamento de escores categóricos.

Para a quantificação e interpretação das respostas, atribui-se a pontuação correspondente à resposta dada para cada uma das perguntas. Os escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos, ou seja, se o paciente responder 4, atribui-se valor 1 na codificação; se responder 3, atribui-se valor 2; se responder 2, atribui-se valor 3; e se responder 1, atribui-se valor 4. Para o IDATE-estado, as perguntas negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; e as positivas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 (GAMA *et al.*, 2008).

A confiabilidade do inventário, avaliada pelo coeficiente de Cronbach é alta e indica que os itens da versão em Português do IDATE são bastante homogêneos (ANDRADE *et al.*, 2001).

#### **6.6.5 Escala de Coping religioso-espiritual de Panzini e Bandeira**

A Escala *Coping* religioso-espiritual breve (CRE-breve) (ANEXO E) traduzida, adaptada e validada por Panzini e Bandeira (2005), com base na escala norte-americana RCOPE (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000), tem como objetivo avaliar a ajuda da religião/espiritualidade para lidar com o estresse. Foi adaptada à maior diversidade cultural-religiosa brasileira, com inclusão de itens nacionais referentes a 11 novas estratégias de CRE identificadas em entrevistas com líderes religiosos de diversas crenças.

Basicamente, a CRE fornece a instrução sobre os conceitos de *coping* religioso-espiritual e de estresse. Além disso, pede a descrição breve da situação de maior estresse que a pessoa vivenciou nos últimos três anos e solicita que a pessoa responda o quanto fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com a situação estressante (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

As questões da escala são divididas em dois grandes grupos: CRE Positivo (Transformação de si e/ou de sua vida; Ações em busca e ajuda espiritual; Oferta de ajuda ao outro; Posição positiva frente a Deus; Ações em busca do outro institucional; Busca pessoal de conhecimento espiritual; Afastamento através de Deus, religião e/ou espiritualidades) e CRE Negativo (Reavaliação negativa de Deus; Posição negativa frente a Deus; Reavaliação negativa do significado; Insatisfação com o outro institucional) (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

Na CRE-Breve, os 49 itens estão distribuídos em CRE Positivo (07 fatores e 34 itens) e CRE Negativo (04 fatores e 15 itens).

As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1-nem um pouco a 5-muitíssimo) e recebem uma pontuação que possibilita a análise e a compreensão dos dados. O parâmetro utilizado para análise dos valores das médias de CRE Breve quanto a sua utilização pelo respondente é: nenhuma ou irrisória (1,00 a 1,50), baixa (1,51 a 2,50), média (2,51 a 3,50), alta (3,51 a 4,50) e altíssima (4,51 a 5,00) (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

Foi calculado o Alpha de Cronbach do conjunto de itens da Escala CRE (0,97), de suas dimensões e fatores. No geral, a escala apresentou um ótimo nível de consistência interna, sendo que a Dimensão CREP (0,98) e seus fatores, em sua maioria, tiveram melhor desempenho que a Dimensão CREN (0,86) e seus fatores quanto à precisão (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

#### **6.6.6 Formulário com registro dos valores de sinais vitais**

Instrumento para o registro dos valores da FC, FR, PAS e PAD (APÊNDICE B) durante a coleta.

## **6.7 Operacionalização do Ensaio Clínico Randomizado**

As etapas a seguir são semelhantes para os grupos controle e intervenção, diferindo apenas a aplicação da prece para o GI e os cuidados de rotina da instituição para o GC.

### **6.7.1 Pré-intervenção – Momento M0**

A primeira coleta foi realizada com o objetivo de traçar o perfil dos sujeitos quanto às características sociodemográficas e clínicas; espirituais (DUREL); esperança (Herth), inventário de ansiedade-estado (IDATE-E) e o CRE. Nesse primeiro contato, os pacientes foram esclarecidos quantos aos objetivos e aos métodos da pesquisa e confirmaram a participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Após a aplicação dos instrumentos foram aferidos os sinais vitais dos pacientes de forma padronizada descrita a seguir. Inicialmente, assegurou-se 30 minutos de descanso, com o paciente sentado e o dorso recostado na cadeira (POTTER *et al.*, 2013). As coletas respeitaram sempre a sequência: FC, FR, PAS e PAD.

A FC foi mensurada por meio de palpação do pulso radial no período de um minuto, utilizando-se um cronômetro (POTTER *et al.*, 2013). A FR foi mensurada por meio da palpação do tórax e da contagem dos movimentos respiratórios torácicos, sem que o paciente percebesse a intenção do avaliador, durante o período de um minuto, utilizando-se de um cronômetro (POTTER *et al.*, 2013). A PA foi aferida por meio do método indireto, com técnica auscultatória, utilizando-se um estetoscópio e um esfigmomanômetro aneróide devidamente calibrado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017). O braço estabelecido para a mensuração da pressão arterial foi padronizado para cada paciente, sendo escolhido o membro livre da fístula arteriovenosa, mantido no apoio de braço, na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. Foram verificados a PAS e PAD.

### **6.7.2 Intervenção**

A intervenção aplicada neste estudo foi a prece de intercessão (ANEXO F). Elaborada pela pesquisadora a partir do Salmo 139, a prece constituiu-se de uma oração cristã, sem ligação a nenhuma crença religiosa específica, ou seja, sem invocação de santos ou santidades.

A prece foi gravada em áudio na voz de um músico com boa dicção e avaliado por uma fonoaudióloga. Com duração de seis minutos e um segundo, a melodia da prece foi trabalhada utilizando como um som de violão. O áudio foi salvo em aparelhos celulares, que ficavam em modo avião durante o momento da intervenção, e aplicado por meio de fones de ouvido oferecidos ao paciente juntamente com um gorro descartável, em cada intervenção, para proteção individual.

A prece foi aplicada três vezes para cada paciente, durante semanas alternadas, no decorrer das sessões de HD. Dessa forma, cada paciente foi acompanhado por um período de 5 semanas.

Durante a intervenção, o paciente foi convidado a se posicionar de maneira confortável, sentado ou deitado, com os olhos fechados, de forma a promover um momento de concentração pessoal. O número de aplicações da prece e o tempo acompanhado em cada paciente foi determinado com base na pesquisa de Brasileiro et al. (2017), que avaliou o efeito da prece sobre os parâmetros vitais e verificou resultados significativos na redução dos valores.

### **6.7.3 Pós-intervenção**

Após aplicação da prece, foram assegurados 30 minutos para a coleta pós-intervenção, em que as mesmas informações (EEH, IDATE-E, *coping* espiritual e aferição da FC, FR, PAS e PAD) foram avaliadas, observando-se a sequência padronizada pelo mesmo examinador treinado.

O processo pré-teste, intervenção e pós-teste foi repetido três vezes, durante semanas alternadas no decorrer das sessões de HD, totalizando um acompanhamento de 5 semanas.

### **6.7.4 Grupo controle**

Os indivíduos do GC receberam a mesma abordagem da primeira etapa, composta da aplicação de todos os instrumentos no momento zero (M0), porém não receberam a intervenção, apenas seguiram com os cuidados de rotina do Hospital, e após tempo igual ao utilizado para avaliar o GI, foram aferidos os parâmetros vitais.

## **6.8 Análise dos dados**

Os dados das características sociodemográficas, clínicas e espirituais, bem como os

dados referentes à escala DUREL, EEH, IDATE-E, *Coping* religioso/espiritual e parâmetros vitais (FC, FR, PAS e PAD) foram organizados em planilha eletrônica utilizando-se o programa *Microsoft Office Excel* 2013. Em seguida, foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics, versão 25, para análise estatística entre os indivíduos do mesmo grupo e entre os GC e GI. Os dados foram organizados em tabelas com frequências absolutas e percentuais. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%. Para avaliar a normalidade dos dados contínuos e definir a escolha do teste paramétrico ou não paramétrico, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Os resultados demonstraram rejeição da hipótese nula, indicando que os dados apresentaram distribuição não normal.

Os dados relativos às variáveis sociodemográficas, clínicas e espirituais dos pacientes foram tratados a partir da estatística descritiva, mediante uso de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (médias, medianas, desvio padrão e intervalo interquartil). Foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para verificar as diferenças entre proporções e diferenças entre variáveis contínuas.

Para a comparação entre o GI e o GC foi utilizado o teste Mann-Whitney para duas amostras independentes.

## **6.9 Aspectos éticos da pesquisa**

No que concerne aos aspectos éticos, esta pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que consiste em tratar os indivíduos com dignidade, respeitando sua autonomia e defendendo sua vulnerabilidade; comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantindo que danos previsíveis sejam evitados; certificando a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (BRASIL, 2012).

A operacionalização da pesquisa ocorreu mediante anuência da instituição em que se desenvolveu a coleta dos dados e só houve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú com parecer nº 2.890.991 e CAAE 95453018400005053 (ANEXO G).

O projeto foi submetido ao Registro Brasileiro de Ensaio Clínico ([www.ensaiosclinicos.gov.br](http://www.ensaiosclinicos.gov.br)), com parecer ainda em andamento.

Os participantes do estudo foram esclarecidos em relação à ausência de ônus ou bônus financeiro para sua participação, ao anonimato da identidade e utilização dos dados apenas para fins científicos e ao direito de desistir a qualquer momento da participação no estudo.

A pesquisa apresentou risco mínimo para os participantes relacionado à fadiga, mas foi minimizado respeitando o tempo de resposta de cada paciente e oferecendo um ambiente tranquilo para o preenchimento dos instrumentos. Destaca-se, também, que foram respeitadas as atividades conduzidas pela equipe da instituição e que a prece foi apresentada previamente a equipe antes de ser aplicada aos pacientes.

A autorização do participante foi documentada mediante a assinatura do TCLE. Destaca-se que a assinatura ocorreu em duas vias, das quais uma ficou em posse do pesquisador e a outra foi entregue ao participante. Os dados oriundos da pesquisa serão mantidos em posse do pesquisador por cinco anos e, após esse período, serão destruídos.

## 7 RESULTADOS

No período de setembro a dezembro de 2018, um total de 62 pacientes renais crônicos que realizavam HD foram selecionados para a coleta de dados do estudo. Optou-se por dividir os resultados em categorias: a) Caracterização da amostra quanto ao perfil sociodemográfico e clínico; b) Caracterização da amostra quanto ao perfil religioso e espiritual; c) Avaliação da esperança; d) Avaliação da ansiedade; e) Avaliação quanto aos parâmetros vitais (FC, FR, PAS e PAD); f) Avaliação quanto ao *coping* religioso/espiritual.

### 7.1 Caracterização da amostra quanto ao perfil sociodemográfico e clínico

A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequências dos pacientes analisados segundo as características sociodemográficas. É possível constatar a homogeneidade dos grupos GC e GI, sendo possível comparações.

**Tabela 1** – Caracterização dos participantes do estudo, distribuídos em Grupo Controle e Grupo Intervenção, quanto ao perfil sociodemográfico. Sobral, CE, Brasil, 2018.

Variáveis sociodemográficas	Grupo		Valor p†
	Controle n (%)	Intervenção n (%)	
<b>Sexo</b>			0,596
Masculino	21 (67,7)	19 (61,3)	
Feminino	10 (32,3)	12 (38,7)	
<b>Estado civil</b>			0,037
Solteiro (a)	3 (9,7)	10 (32,3)	
Casado (a)	19 (61,3)	15 (48,4)	
União estável	6 (19,4)	2 (6,5)	
Divorciado (a)	3 (9,7)	1 (3,2)	
Viúvo (a)	-	3 (9,7)	
<b>Pessoas com quem mora</b>			0,263
Pais	2 (6,5)	5 (16,1)	
Esposo (a)	23 (74,2)	17 (54,8)	
Filho (a)	3 (9,7)	7 (22,6)	
Outro	3 (9,7)	2 (6,5)	
<b>Procedência</b>			0,520
Sobral	7 (22,6)	5 (16,1)	
Cidade circunvizinha	24 (77,4)	26 (83,9)	
<b>Ocupação</b>			0,731

Trabalha	2 (6,5)	2 (6,5)		
Aposentado (a)	5 (16,1)	8 (25,8)		
Recebe aux. doença*	16 (51,6)	16 (51,6)		
Dependente da família	7 (22,6)	5 (16,1)		
Não informou	1 (3,2)	-		
<b>Renda familiar</b>				0,250
<1 salário-mínimo**	6 (19,4)	2 (6,5)		
1 salário	14 (45,2)	20 (64,5)		
2 a 3 salários	10 (32,3)	9 (29,0)		
Não informou	1 (3,2)	-		
	<b>Média</b>	<b>DP<sup>1</sup></b>	<b>Média</b>	<b>DP<sup>1</sup></b>
<b>Idade</b>	45,8	15,1	47,3	17,1
<b>Anos de estudo</b>	8,6	4,2	8,8	4,8

<sup>1</sup>DP- Desvio Padrão

†Qui-quadrado de Pearson

\*Benefício cedido pelo governo a pessoas que não trabalham devido a problemas de saúde

\*\*Considerado como base o salário-mínimo em vigor no Brasil no ano de 2018, definido por R\$ 954,00

Verificou-se que o sexo masculino predominou em ambos os grupos, com frequências de 67,7% (21) no GC e 61,3% (19) no GI. Quanto ao estado civil, 61,3% (19) dos pacientes do GC e 48,4% (15) do GI eram casados, seguindo de 32,3% (10) de pacientes solteiros no GI e 19,4% (seis) no GC. A maioria destes pacientes relatou morar com o esposo(a), 74,2% (23) no GC e 54,8% (17) no GI. Com relação à procedência, a maioria dos pacientes morava em cidades circunvizinhas à Sobral, 83,9% (26) no GI e 77,4% (24) no GC. Ao avaliar a situação ocupacional, 51,6% (16) dos pacientes de ambos os grupos recebiam o benefício do auxílio doença. A renda familiar mais frequente em ambos os grupos foi 1 salário mínimo, 45,2% (14) no GC e 64,5% (20) no GI (Tabela 1).

A idade média dos participantes do GC foi 45,8 ( $\pm$  15,1) anos. Já no GI, a média de idade encontrada foi 47,3 ( $\pm$  17,1). Quanto aos anos de estudo, a média no GC foi de 8,6 ( $\pm$  4,2) anos; e no GI, a média correspondeu a 8,8 ( $\pm$  4,8) anos.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequências dos pacientes do GC e GI quanto ao perfil clínico, no qual também é possível observar homogeneidade entre os grupos.



**Tabela 2** – Caracterização dos participantes do estudo, distribuídos em Grupo Controle e Grupo Intervenção, quanto ao perfil clínico. Sobral, CE, Brasil, 2018.

Variáveis clínicas	Grupo		Valor p*
	Controle n (%)	Intervenção n (%)	
<b>Comorbidade associada a DRC</b>			0,562
Sim	24 (77,4)	22 (71,0)	
Não	7 (22,6)	9 (29,0)	
<b>Tempo de tratamento hemodialítico (anos)</b>			0,537
0 a 1	9 (29,0)	5 (16,1)	
2 a 5	15 (48,4)	17 (54,8)	
6 a 10	4 (12,9)	7 (22,6)	
Acima de 10 anos	3 (9,7)	2 (6,5)	
<b>Realizou outro tipo de tratamento</b>			0,195
Sim	1 (3,2)	5 (16,1)	
Não	30 (96,8)	26 (83,9)	

\*Teste exato de Fisher

Identificou-se que os participantes do GC e GI não faziam uso de bebida alcoólica e não fumavam. A maioria dos participantes apresentou comorbidades (hipertensão e diabetes) associadas a IRC, 77,4% (24) no GC e 71% (22) no GI. Houve semelhança quanto ao tempo de tratamento hemodialítico dos participantes do estudo, num intervalo entre 2 a 5 anos, 48,4% (15) no GC e 54,8% (17) no GI. Também foi identificado que os participantes não realizaram outro tipo de tratamento para a DRC, como DP ou transplante, além da hemodiálise, 96,8% (30) no GC e 83,9% (26) no GI.

## 7.2 Caracterização da amostra quanto ao perfil religioso e espiritual

A respeito da religião e da espiritualidade, apresenta-se a Tabela 3. Os resultados não apontaram diferença estatística entre os participantes ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 3** – Caracterização dos participantes do estudo, distribuídos em Grupo Controle e Grupo Intervenção, quanto ao perfil religioso e espiritual. Sobral, CE, Brasil, 2018.

Variáveis religião/ espirituais	Grupo		p*
	Controle n (%)	Intervenção n (%)	
<b>Religião</b>			0,754†
Católico	24 (77,4)	23 (74,2)	
Evangélico	6 (19,4)	7 (22,6)	
<b>Praticante da crença religiosa</b>			0,119**
Sim	27 (87,1)	22 (71,0)	
Não	4 (12,9)	9 (29,0)	
<b>Acredita no poder da oração</b>			-
Sim	31 (100,0)	31 (100,0)	
Não	-	-	
<b>Familiares ou amigos rezam por você</b>			0,999**
Sim	29 (93,5)	29 (93,5)	
Não	2 (6,5)	1 (3,2)	
Não sabe informar	-	1 (3,2)	
<b>Participa de algum grupo de apoio</b>			0,707**
Sim	3 (9,7)	5 (16,1)	
Não	28 (90,3)	26 (83,9)	

†Qui-quadrado de Pearson

\*Teste exato de Fisher

A maior parte dos pacientes no GC e GI se apresentou católico, 77,4% (24) e 74,2% (23) respectivamente. Quanto à prática da crença religiosa, a maioria relatou ser praticante, 87% (27) no GC e 71% (22) no GI. Em ambos os grupos, 100 % acreditam no poder da oração. Os resultados ainda apontam que 93,5% (29) dos participantes nos dois grupos possuíam familiares ou amigos que rezavam por eles; no entanto, 90,3% (28) dos pacientes no GC e 83,9% (26) no GI não participam de grupo de apoio.

Na tabela 4, a comparação entre os grupos quanto aos domínios de religiosidade apresentou diferença significativa no aspecto intrínseco relativo a compreensão de que “as minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver” ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 4** - Frequência dos escores de Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI) dos pacientes renais crônicos conforme o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke. Sobral, CE, Brasil, 2018.

Variáveis religião/ espirituais	Grupo		p*
	Controle n (%)	Intervenção n (%)	
<b>RO – Com que frequência você vai a</b>			0,569

**uma igreja, templo ou outro encontro religioso?**

Mais do que uma vez por semana	5 (16,1)	7 (22,6)	
Uma vez por semana	9 (29,0)	5 (16,1)	
Duas a três vezes por mês	6 (19,4)	9 (29,0)	
Algumas vezes por ano	4 (12,9)	4 (12,9)	
Uma vez por ano ou menos	6 (19,4)	3 (9,7)	
Nunca	1 (3,2)	3 (9,7)	

**RNO - Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?** 0,352

Mais do que uma vez ao dia	2 (6,5)	5 (16,1)	
Diariamente	19 (61,3)	13 (41,9)	
Duas ou mais vezes por semana	6 (19,4)	4 (12,9)	
Uma vez por semana	3 (9,7)	4 (12,9)	
Poucas vezes por mês	-	1 (3,2)	
Raramente ou nunca	1 (3,2)	4 (12,9)	

**RI - Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)** 0,999

Totalmente verdade para mim	29 (93,5)	30 (96,8)	
Em geral é verdade	1 (3,2)	1 (3,2)	
Não estou certo	1 (3,2)	-	
Em geral não é verdade	-	-	

**RI - As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver** 0,021

Totalmente verdade para mim	22 (71,0)	19 (61,3)	
Em geral é verdade	4 (12,9)	10 (32,3)	
Não estou certo	3 (9,7)	-	
Em geral não é verdade	2 (6,5)	2 (6,5)	
Não é verdade	-	-	

**RI - Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida** 4,452

Totalmente verdade para mim	17 (54,8)	11 (35,5)	
Em geral é verdade	6 (19,4)	12 (38,7)	
Não estou certo	4 (12,9)	3 (9,7)	
Em geral não é verdade	2 (6,5)	2 (6,5)	
Não é verdade	2 (6,5)	3 (9,7)	

\*Teste exato de Fisher

No GC, quanto à frequência de ir a uma igreja, templo ou outro encontro religioso as opções “Uma vez por semana”, “Duas a três vezes por mês” e “Uma vez por ano ou menos” se destacaram com 29% (9), 19,4% (6) e 19,4% (6) respectivamente. Em relação ao tempo que se dedicam a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia

ou de outros textos religiosos, 61,3% (19) referiram dedicar-se diariamente. 93,5% (29) dos participantes afirmaram ser totalmente verdade que sentem a presença de Deus (ou do Espírito Santo) em sua vida, 71,0% (22) afirmaram que as crenças religiosas estão realmente por trás da maneira como vivem e 54,8% (17) relataram esforçar-se muito para viver a religião em todos os aspectos da vida.

Em relação ao GI, 29% (9) frequentam uma igreja, templo ou outro encontro religioso duas a três vezes por mês e 22,6% (7) mais do que uma vez por semana. 41,9% (13) dedicam-se diariamente seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos. 96,8% (30) dos participantes afirmaram ser totalmente verdade que sentem a presença de Deus (ou do Espírito Santo) em sua vida, 61,3% (19) afirmaram que as crenças religiosas estão realmente por trás da maneira como vivem e 54,8% (17) relataram esforçar-se muito para viver religião em todos os aspectos da vida.

### 7.3 Avaliação da esperança

A distribuição da amostra dos participantes no GC e GI segundo cada item da Escala de Herth está demonstrada na Tabela 5. Esses resultados correspondem ao primeiro momento (M0) pré-intervenção e percebe-se equivalência dos grupos ( $p>0,05$ ).

**Tabela 5** – Comparação das médias e desvio padrão das respostas em cada afirmativa da Escala de Herth no primeiro momento (M0) pré-intervenção nos grupos controle e intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2018.

Questões	M0				p†
	Controle		Intervenção		
	Média	DP	Média	DP	
1. Eu estou otimista quanto à vida	3,65	0,755	3,68	0,541	0,706
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos	3,48	0,890	3,26	1,064	0,391
3. Eu me sinto muito sozinho(a)	3,45	0,810	3,52	0,926	0,522
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades	3,39	0,919	3,61	0,667	0,362
5. Eu tenho uma fé que me conforta	3,90	0,301	3,97	0,180	0,305
6. Eu tenho medo do meu futuro	3,52	0,811	3,29	1,101	0,652
7. Eu posso lembrar de tempos felizes e prazerosos	3,71	0,461	3,71	0,783	0,305
8. Eu me sinto muito forte	3,55	0,675	3,77	0,425	0,155
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	3,87	0,341	3,87	0,341	1,000
10. Eu sei onde quero ir	3,65	0,709	3,81	0,477	0,340
11. Eu acredito no valor de cada dia	3,87	0,341	3,90	0,301	0,691
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	3,94	0,250	3,84	0,374	0,232

†Teste de Mann Whitney para comparação entre os grupos

O item que apresentou maior pontuação no GC foi a afirmativa “Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade” com média de 3,94 pontos ( $\pm 0,250$ ) e no GI “Eu tenho uma fé que me conforta” com 3,97 pontos ( $\pm 0,180$ ). Já o item que exibiu pontuação mais baixa no GC foi a afirmativa “Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades” com média de 3,39 pontos ( $\pm 0,919$ ) e no GI foi a afirmativa “Eu tenho planos a curto e longo prazos” com média de 3,26 pontos ( $\pm 1,064$ ) e “Eu tenho medo do meu futuro” ( $3,29 \pm 1,101$ ).

A Tabela 6 apresenta a descrição e comparação dos grupos durante os três momentos (M0, M1, M2) pós-intervenção conforme a Escala de Herth.

**Tabela 6** – Comparação das respostas em cada afirmativa da Escala de Herth no primeiro, segundo e terceiro momentos (M0, M1, M2) pós-intervenção dos grupos controle e intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2018.

Herth	Controle			p†	Intervenção			p†
	M0	M1	M2		M0	M1	M2	
1. Eu estou otimista quanto à vida	3,74	3,71	3,87	0,097	3,71	3,74	3,97	0,001
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos	3,42	3,42	3,61	0,027	3,35	3,48	3,74	0,004
3. Eu me sinto muito sozinho (a)	3,65	3,65	3,74	0,717	3,42	3,58	3,74	0,178
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades	3,32	3,32	3,68	0,011	3,55	3,71	3,74	0,273
5. Eu tenho uma fé que me conforta	3,94	3,94	4,00	0,368	3,94	3,90	4,00	0,097
6. Eu tenho medo do meu futuro	3,58	3,58	3,87	0,103	3,23	3,45	3,42	0,310
7. Eu posso lembrar de tempos felizes e prazerosos	3,68	3,71	3,90	0,030	3,71	3,87	3,90	0,039
8. Eu me sinto muito forte	3,39	3,65	3,77	0,009	3,77	3,71	3,90	0,135
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor	3,94	3,97	3,97	0,779	3,87	3,94	3,97	0,097
10. Eu sei onde quero ir	3,87	3,84	3,84	0,882	3,84	3,90	3,97	0,091
11. Eu acredito no valor de cada dia	3,87	3,97	3,97	0,050	3,87	3,94	4,00	0,050
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	3,87	3,94	3,94	0,368	3,87	3,94	4,00	0,050
<b>Total Herth</b>	44,26	44,68	46,16	0,001	44,13	45,16	46,35	0,000

†Teste de Friedman.

Com relação aos valores dos níveis de esperança no GI, apresenta-se estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ) os itens 1 (Eu estou otimista quanto à vida), 2 (Eu tenho planos a curto e longo prazos) e 7 (Eu posso lembrar de tempos felizes e prazerosos). Quanto à variação total

obtida pela Escala de Herth, ambos os grupos apresentaram-se estatisticamente significante, no entanto, o GI apresentou discreta diferença do nível de esperança comparado ao GC.

#### 7.4 Avaliação da ansiedade

Como demonstrado na Tabela 7, o nível de ansiedade, nos três momentos, apresentou redução significativa ( $p < 0,05$ ) nos participantes do GC e GI, passando da intensidade mediana para baixa. Ao comparar a média do nível de ansiedade, o GI foi menor ( $23,77 \pm 3,0$ ) do que os participantes do GC ( $25,61 \pm 4,6$ ).

**Tabela 7** – Comparação das médias e desvio padrão amostral dos níveis de ansiedade nos três momentos e durante os períodos pré e pós-intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2018.

Ansiedade Total	M0		p†	M1		p†	M2		p†
	Pré	Pós		Pré	Pós		Pré	Pós	
Grupo controle	33,65 (±6,4)	30,94 (±4,5)	0,005	38,77 (±7,6)	29,87 (±6,8)	0,000	38,87 (±6,0)	25,61 (±4,6)	0,000
Grupo intervenção	32,87 (±6,1)	29,13 (±5,5)	0,000	35,87 (±6,1)	26,81 (±4,7)	0,000	33,74 (±5,6)	23,77 (±3,0)	0,000

† Teste de Friedman

P-valor referente à comparação entre momentos pré e pós-intervenção

#### 7.5 Avaliação quanto aos parâmetros vitais (FC, FR, PAS e PAD)

As médias dos parâmetros vitais (FC, FR, PAS e PAD) nos três momentos podem ser visualizados na tabela 8.

**Tabela 8** - Comparação intragrupos (controle e intervenção) das médias de frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica. Sobral, CE, Brasil, 2018.

Sinais Vitais	Controle			p†	Intervenção			p†
	M0	M1	M2		M0	M1	M2	
<b>Frequência Cardíaca</b>								
Pré	77,42	78,29	76,65	0,857	80,61	80,45	79,10	0,942
Pós	74,81	78,84	80,19	0,002	75,03	73,16	74,00	0,846
<b>Frequência Respiratória</b>								
Pré	19,68	19,39	19,68	0,607	19,87	20,26	19,35	0,481
Pós	18,87	19,81	20,77	0,026	18,39	17,94	16,81	0,020

**Pressão arterial sistólica**

Pré	143,16	142,71	136,90	0,239	143,29	137,61	137,42	0,636
Pós	144,52	142,00	142,39	0,547	136,09	133,42	132,13	0,708

**Pressão arterial diastólica**

Pré	88,90	88,71	87,81	0,927	89,06	86,39	90,00	0,482
Pós	91,03	90,26	89,81	0,913	85,16	83,55	84,58	0,972

† Teste de Friedman

Nota-se que, na Tabela 9, na comparação dos parâmetros entre pré e pós intervenção em cada momento (M0, M1 e M2) e para cada grupo (GC e GI), houve diferença significativa na FC e PAS do GC no M2; da FC, FR, PAS e PAD do grupo intervenção em M0 e M2 e da FC e FR em M1, no mesmo grupo.

**Tabela 9** - Comparação dos momentos pré e pós-intervenção (GC e GI) de frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). Sobral, CE, Brasil, 2018.

Sinais Vitais	p-valor da Comparação entre Pré e Pós					
	Controle			Intervenção		
	M0	M1	M2	M0	M1	M2
<b>FC</b>	0,055	0,458	0,002	0,001	0,000	0,000
<b>FR</b>	0,195	0,344	0,101	0,003	0,000	0,000
<b>PAS</b>	0,621	0,935	0,049	0,005	0,071	0,005
<b>PAD</b>	0,290	0,290	0,200	0,045	0,104	0,001

† Teste de Wilcoxon

## 7.6 Avaliação quanto ao coping religioso/espiritual

De acordo com os resultados da Tabela 10, verifica-se que houve significância estatística ( $p < 0,05$ ) em ambos os grupos.

**Tabela 10** – Comparação intra e intergrupos (GC e GI) das médias do coping religioso/espiritual nos dois momentos (M0 e M2) avaliados. Sobral, CE, Brasil, 2018.

Variáveis CRE	M0		p†	M2		p†	M2-M0	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
<b>CRE Total</b>	134,06	127,39	0,223	144,52	135,35	0,057	0,000	0,001
<b>Razão CREN/CREP</b>	0,230	0,245	0,559	0,198	0,209	0,693	0,000	0,000

*Fatores Negativos*

N1	6,61	6,32	0,654	5,84	5,58	0,535	0,025	0,007
----	------	------	-------	------	------	-------	-------	-------

Variáveis CRE	M0		p†	M2		p†	M2-M0	
	GC	GI		GC	GI		GC	GI
N2	7,35	7,87	0,404	7,45	8,06	0,196	0,360	0,507
N3	6,16	5,26	0,114	6,03	4,74	0,016	0,564	0,151
N4	4,81	5,26	0,357	4,45	4,65	0,298	0,076	0,008
<b>CREN</b>	24,94	24,71	0,667	23,77	23,03	0,446	0,114	0,079
<i>Fatores Positivos</i>								
P1	30,61	28,10	0,126	35,19	32,13	0,030	0,000	0,000
P2	12,03	11,03	0,471	13,90	12,39	0,363	0,000	0,000
P3	17,84	15,97	0,067	18,97	17,10	0,046	0,016	0,010
P4	15,94	15,65	0,897	16,48	16,39	0,803	0,103	0,031
P6	13,52	12,74	0,428	14,65	14,03	0,566	0,014	0,008
P7	7,19	7,19	0,788	8,71	7,68	0,179	0,000	0,109
P8	12,00	12,00	0,604	12,84	12,61	0,726	0,010	0,078
<b>CREP</b>	109,13	102,68	0,215	120,74	112,32	0,071	0,000	0,000

†Teste de Wilcoxon

Observa-se que ambos os grupos, entrevistados neste estudo, utilizam o CRE de forma significativa. O momento M2 evidenciou que a dimensão N3, do fator negativo, apresentou significância estatística. Esta dimensão corresponde a ‘reavaliação negativa do significado’, que inclui as questões ‘convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer’, ‘imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros’, ‘senti que o mal estava tentando me afastar de Deus’.

Enquanto os fatores positivos no momento M2 foram as dimensões ‘transformação de si e/ou de sua vida’ (P1) e ‘oferta de ajuda ao outro’ (P3). A dimensão transformação de si envolve os itens: ‘tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo - o caminho de Deus’, ‘pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida’, ‘procurei por um total re-despertar espiritual’, ‘orei para descobrir o objetivo de minha vida’, ‘voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida’, ‘refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude, ‘pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos’, ‘pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus’ e ‘pedi perdão pelos meus erros’.

E a dimensão oferta de ajuda ao outro envolve as questões: ‘procurei trabalhar pelo bem-estar social’, ‘pratiquei atos de caridade moral e/ou material’, ‘envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo’, ‘tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas’ e ‘orei pelo bem-estar de outros’.



Quando analisada a diferença do momento M2 para o M0, o CRE total e a razão CREN/CREP apresentaram significância estatística em ambos os grupos.

## 8 DISCUSSÃO

A espiritualidade representou neste estudo um papel fundamental na vida dos pacientes em HD. Sabe-se que espiritualidade e religiosidade são dimensões que podem beneficiar o conforto, a harmonia, proporcionar alívio, além de favorecer a prática de valores como a fé, a crença e o amor. Ainda, a espiritualidade pode ser considerada como um recurso para sensibilizar o enfrentamento de situações de vida adversas (LEPHERD, 2015).

Em relação às características sociodemográficas, houve predomínio de participantes do sexo masculino, casados e que moravam com a esposa. Estes resultados são semelhantes a outros estudos desenvolvidos com pacientes renais crônicos em HD (SIQUEIRA; FERNANDES; MOREIRA-ALMEIDA, 2019; BRASILEIRO *et al.*, 2017; SESSO *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2014).

Quanto à procedência, a maioria dos pacientes morava em cidades circunvizinhas a Unidade de Diálise, inferindo que há demandas quanto à organização do tempo gasto no deslocamento e no procedimento, por exemplo, incluindo o seu cuidador. Esse resultado pode ter implicação direta nas variáveis estudadas.

Os achados desse estudo quanto à idade elevada dos participantes em tratamento hemodialítico são confirmados pela literatura, na qual indica que a taxa de filtração glomerular (TGF) se reduz a partir dos 40 anos, o que acarreta perda do equilíbrio interno dos rins, levando à maior predisposição de comprometimento renal (RIBEIRO *et al.*, 2008).

A média dos anos de estudo dos participantes do GC e do GI permite concluir que, no máximo, estudaram até o ensino fundamental. Esses dados corroboram o estudo de Brasileiro *et al.* (2017), em que 50% dos pacientes do GC e 51,4% do GI possuíam o ensino fundamental incompleto. Esses dados podem justificar o baixo nível socioeconômico predominante encontrado neste estudo.

Apesar da DRC e a HD não constituírem impedimento direto e absoluto ao trabalho, as limitações que surgem no decorrer do tratamento são importantes e podem explicar a baixa condição socioeconômica dos pacientes (LEIMIG *et al.*, 2018; SIQUEIRA; FERNANDES; MOREIRA-ALMEIDA, 2019). Esses dados assemelham-se aos resultados encontrados neste estudo, em que a maioria dos participantes recebem um salário mínimo, correspondente ao recebimento do auxílio-doença. Leimig *et al.* (2018) observaram que 72,7% dos pacientes renais crônicos recebiam auxílio-doença e apenas 4,3% dos pacientes exerciam alguma atividade laboral, o que pode confirmar a condição limitante da doença.

A investigação do perfil religioso e espiritual dos participantes deste estudo, no que diz respeito ao tipo de religião, foi coerente aos dados do último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), uma vez que a religião católica foi predominante.

Aspectos importantes da religiosidade dos participantes referem-se à afirmação da prática religiosa, a crença no poder da oração e o fato dos familiares e amigos rezarem por eles em intercessão. A religião e sua prática também foram investigadas no estudo de Ottaviani *et al.* (2014), com resultados semelhantes.

Quanto ao Índice de Religiosidade de DUREL, constatou-se que a amostra foi homogênea e apresentou elevados níveis de envolvimento religioso nas três dimensões mensuradas (intrínseca, organizacional e não-organizacional), corroborando outros estudos com pacientes renais crônicos em HD (SIQUEIRA; FERNANDES; MOREIRA-ALMEIDA, 2019; BRASILEIRO *et al.*, 2017). A religiosidade não organizacional refere-se às atividades religiosas individuais como a leitura da Bíblia, preces, meditações, entre outros. Esse fato pode levar a inferência de que a ansiedade diminui a partir da prática religiosa (SIQUEIRA *et al.*, 2014).

A alta religiosidade atrelada à prática religiosa pode contribuir para o bem-estar espiritual dos pacientes (SIQUEIRA *et al.*, 2014). Alguns estudos demonstram que espiritualidade é uma estratégia importante para lidar com doenças graves (YEH *et al.*, 2002; GARROW; EGEDE, 2006; WHITE; VERHOEF, 2006).

Dessa forma, ao identificar que a maioria dos pacientes são religiosos, pode-se usar a religião/espiritualidade como estratégia de intervenção para a assistência prestada pelo enfermeiro.

A busca por estudos que adotaram a escala de Herth em pessoas com DCR para analisar a esperança de vida se apresentou escassa. Identificou-se apenas os estudos de Ottaviani *et al.* (2014) e Orlandi *et al.* (2012), nos quais publicaram médias inferiores comparadas as do GC e GI desse presente estudo. Assim, percebe-se que a DRC não foi suficiente para diminuir a esperança desses pacientes e acredita-se que o seu elevado perfil religioso e espiritual, discutido anteriormente, tenha influenciado nesses resultados.

Neste estudo foi investigado os efeitos da prece como uma intervenção para pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico ambulatorial. Guimarães e Avezum (2007) explicam que na literatura não há a descrição de um padrão ouro para a aplicação da prece, uma padronização que permita determinar a maneira, quando e por quem deve ser aplicada. Assim, buscou-se padronizar o tempo e o momento da prece, o local de realização, o mesmo tipo de

prece e o mesmo intercessor, de forma a obter o rigor e a repetibilidade da investigação, como indicado por Brasileiro *et al.* (2017).

Discute-se que o uso da prece interferiu nas variáveis de esperança conforme se observou nos achados. Valoriza-se a sua influência nos escores mais baixos no pré-intervenção: “Eu tenho planos a curto e longo prazos” e “Eu tenho medo do meu futuro”. Compreendendo a duração da terapêutica necessária de um paciente em HD, a equipe de enfermagem deve se atentar para a perspectiva do futuro e realizar intervenções que estimulem a esperança. Acredita-se que o aumento do nível da esperança culmine na melhoria da qualidade de vida (YADAY *et al.*, 2010).

Ressalta-se, ainda, que a prece em pacientes com DRC pode promover momentos de reflexão sobre a sua vida, o futuro e as possibilidades do restabelecimento do seu estado de saúde (BRASILEIRO *et al.*, 2017).

Outro achado relevante se refere ao nível de ansiedade. Ambos os grupos apresentaram redução dessa sintomatologia. Diversos fatores podem justificar esse dado, associando-se aos benefícios da prática religiosa, na qual implica redução da ansiedade, aumento da esperança e no abrir portas para a imensidão e o significado da existência (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013). Também se acredita que a permanência do familiar nas sessões de diálise podem interferir nesse dado. Nesse sentido, torna-se relevante que o paciente seja acolhido por seu familiar.

Com relação aos parâmetros vitais considerados neste estudo, a FC, FR, PAS e PAD analisados, apresentaram redução dos valores destas variáveis no GI.

Na análise intragrupos dos sinais vitais, foi possível observar que, na comparação das avaliações pré e pós-intervenção, os pacientes que receberam a prece tiveram uma redução estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em todas as variáveis.

Estes resultados corroboram para relevância da prece em estabilizar os sinais vitais nos casos de doenças e em pessoas saudáveis, como foi constatado em estudo que, ao aplicar a oração da Ave-Maria em uma amostra de 23 adultos saudáveis, observou melhora dos padrões da função cardíaca e redução do ritmo respiratório (BERNARDI *et al.*, 2001).

A prece se destaca como um recurso capaz de suscitar o coping religioso/espiritual, promover a esperança, além de contribuir para que as pessoas que a utilizam sintam-se mais fortes e seguras para enfrentar a enfermidade, a terapêutica e o âmbito em que se encontram. Ademais pode ser considerada como uma prática complementar ao tratamento (ESPERANDIO; LADD, 2015; CARVALHO *et al.*, 2014).

Esta pesquisa não aplicou testes de correlação entre as variáveis aqui discutidas. No entanto, estudos têm sido desenvolvidos a fim de discutir até que ponto variáveis como sexo, estado civil, renda familiar e escolaridade, por exemplo, podem influenciar no enfrentamento da doença e do tratamento dialítico.

Os resultados do CRE demonstraram significativa utilização dessa estratégia pelos participantes, principalmente do fator positivo, em ambos os grupos. Com relação a dimensão identificada do CRE negativo, 'reavaliação negativa do significado', Matos *et al.*, (2017) relatam que a incerteza quanto ao futuro e a desesperança que marcam a vida das pessoas provavelmente tiveram repercussão na utilização do CRE.

Valcanti *et al.* (2012), relatam que a prática religiosa é um dos fatores que contribui de forma significativa para a utilização do CRE, o que fortalece a afirmativa de que crenças e práticas religiosas podem favorecer o enfrentamento da doença. Os mesmos autores constataram que todos os pacientes que realizavam tratamento hemodialítico usavam tais estratégias como forma de enfrentar a condição de saúde. Portanto, o CRE não pode ser reduzido a formas não-religiosas de *coping* (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

No estudo de Mesquita *et al.* (2011), os resultados mostraram que os pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia antineoplásica utilizaram o CRE como estratégia de enfrentamento da doença e gostariam que a religião/espiritualidade fosse abordada pelos profissionais de saúde. Portanto, gostariam de receber apoio espiritual.

A prática religiosa também contribuiu de forma significativa para a utilização do CRE, o que fortalece a afirmativa de que, dentre as razões para uma associação positiva entre a religião e a saúde está o fato de que crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas. Portanto, o CRE não pode ser reduzido a formas não-religiosas de *coping* (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Na literatura, a espiritualidade pode ser objetivamente avaliada por ser útil para a prática clínica, com aplicação rápida e capaz de identificar a presença do fenômeno investigado. O CRE se constitui em um método ímpar para investigar as relações entre religião/espiritualidade e saúde, possibilitando o estudo de estratégias positivas e negativas, que parecem importantes para identificar e solucionar as ambiguidades encontradas nessa relação (PILON *et al.*, 2011).

Em um estudo realizado junto à pessoas com DRC, que buscou descrever a natureza, a prevalência e os fatores preditores do cuidado espiritual, foi observado que a falta de satisfação das necessidades espirituais dos pacientes pode contribuir para aumentar seu sofrimento diante da doença. Esse estudo ainda assinalou que a maioria dos pacientes com doença renal crônica

não têm suas necessidades espirituais satisfeitas e necessitam de apoio para gerir adequadamente os desafios da convivência com a doença (DAVISON; JHANGRI, 2010).

Melaggi (2019), objetivando investigar as modalidades de enfrentamento religioso em homens católicos e evangélicos portadores de HIV/AIDS, observou maior uso de estratégias de enfrentamento que envolvia fatores positivos do que negativos. O índice do CRE total apresentou-se também alto e, além disso, o enfrentamento positivo foi mais visado que o negativo, o que corrobora com os resultados obtidos nesta pesquisa.

Bonomo *et al.* (2015) ao avaliar o *coping* religioso/espiritual em pacientes submetidos ao tratamento de câncer, observaram que indivíduos que relataram possuir religião apresentaram médias significativamente maiores de CREP e CRET do que os que disseram não possuir. Segundo os autores, a religiosidade e espiritualidade podem proporcionar uma visão de mundo em que doença, sofrimento e morte tenham melhor aceitação e compreensão. Indivíduos religiosos em razão da vivência social caracterizada por vínculos parecem receber maior suporte em situações de estresse e adoecimento.

Portanto, questionar o paciente sobre CRE pode configurar um meio de intervenção que o leva a voltar-se ao enfrentamento da doença e desenvolver os possíveis benefícios que possam advir dessa estratégia (GUERREIRA *et al.*, 2011). É importante que o enfermeiro atenda ao paciente nos aspectos físico, social e espiritual. Quanto à dimensão espiritual, o enfermeiro pode se utilizar da prece/oração, que é uma terapia alternativa que permite um uso contínuo, simples, não tem custo, não implica na mudança da rotina do serviço hospitalar, mas precisa ser testado como técnica.

Outras pesquisas realizadas com pacientes oncológicos afirmam que o enfermeiro pode utilizar a oração/ prece como uma forma de apoio espiritual ao paciente, de maneira a atender a sua necessidade espiritual ou, ainda, para ajudá-lo a enfrentar a doença e o tratamento. A prática de atividades religiosas, como a oração, além de se configurar como terapia coadjuvante ao tratamento do câncer, também tem ação positiva na vida das pessoas. Após a invocação divina, os pacientes têm mais força para superar a doença e o tratamento (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; KRUCOFF *et al.*, 2005; ASTIN, 2006; BYRD, 1988).

A prece pode ser utilizada na assistência de enfermagem, como uma opção de cuidado, pois proporciona benefícios ao tratamento convencional além de atender à pessoa em sua espiritualidade. Pesquisadores têm demonstrado a necessidade da inclusão de práticas mais humanizadas, visto que não se cura um corpo sem tocar na alma de alguém (PINTO *et al.*, 2012). A aplicação da prece proporciona, com isso, uma nova perspectiva para a assistência de enfermagem e para o paciente.

Nessa contexto, torna-se importante desenvolver protocolos de cuidado, na qual a prece seja aplicada. O desenvolvimento de protocolos de cuidados sobre práticas de enfermagem torna-se fundamental para a geração de conhecimento e para a proposição de novas abordagens de enfermagem (CARVALHO *et al.*, 2014).

Diante do exposto, observa-se que a prece proporciona efeitos benéficos na DRC e no tratamento dialítico, com resultados satisfatórios no aspecto físico e espiritual.

## 9 CONCLUSÃO

Esse ECR foi conduzido para avaliar o uso da prece no aumento do *coping* religioso/espiritual e esperança, e na redução dos níveis de ansiedade, FC, FR, PAS e PAD em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.

Os resultados permitiram concluir que:

- a) A amostra apresentou-se homogênea quanto ao perfil sociodemográfico, clínico e aos aspectos vinculados à religião e à espiritualidade. Dentre os participantes do GC e GI, 100 % acreditavam no poder da oração e sua grande maioria relatou ser praticante de uma crença religiosa;
- b) No primeiro momento, os participantes do GC e GI não demonstraram diferença significativa quanto aos domínios de religiosidade e esperança (aplicação do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) e escala de Herth, respectivamente). Vale salientar que a amostra apresentou elevado índice de religiosidade e esperança, o que pode ter interferido nos resultados encontrados.
- c) Quanto à variação total obtida pela Escala de Herth, o GI apresentou maior nível de esperança comparado ao GC;
- d) O nível de ansiedade, nos três momentos, apresentou redução significativa nos participantes do GC e GI, inferindo que há benefícios da prática religiosa e da importância do paciente sentir-se acolhido por seu familiar no momento da diálise;
- e) A média do nível de ansiedade no GI foi menor ( $23,77 \pm 3,0$ ) do que nos participantes do GC ( $25,61 \pm 4,6$ ). Constatou-se que a utilização da prece na prática clínica do enfermeiro reduziu a ansiedade.
- f) A prece ocasionou redução nos parâmetros da FC (nos três momentos), FR (nos três momentos), PAS (no primeiro e terceiro momentos) e PAD (no primeiro e terceiro momentos) em ambos os grupos.
- g) Em relação à aplicação da prece no coping religioso/espiritual, evidenciou-se um escore alto de CRE positivo, correspondendo à uma intervenção efetiva de enfrentamento da condição imposta pela DRC.

Portanto, os resultados comprovam a hipótese que o uso da prece promove o aumento do *coping* religioso/espiritual e esperança, e reduz os níveis de ansiedade, FC, FR, PAS e PAD em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.



## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de enfermagem, a seleção de intervenções e a avaliação de seus resultados, diante das necessidades do paciente e sua família, fazem parte do processo de tomada de decisão do enfermeiro junto à equipe. Nesse contexto, essas etapas são decisivas para a promoção de um cuidado sistemático.

Objetivou-se nesse estudo avaliar o efeito da prece em parâmetros do indivíduo com doença renal crônica em tratamento hemodialítico a fim de propô-la como atividade na intervenção da enfermagem. Como resultado desse ECR, a prece se apresentou efetiva no aumento do *coping* religioso/espiritual e esperança, e na redução dos níveis de ansiedade, FC, FR, PAS e PAD em pacientes nessa condição crônica.

A atenção às necessidades espirituais do paciente oportuniza à integralidade do cuidado e a aplicação de intervenções que visem a melhora da esperança, ansiedade e dos parâmetros clínicos do indivíduo se faz necessária para a prática clínica segura. Portanto, o uso da prece impacta nesse contexto, além de proporcionar aos enfermeiros a individualização do cuidar. Infere-se ainda sua importância por ser uma atividade simples, sem custo financeiro e nem mudança na rotina do serviço hospitalar.

Os resultados desse estudo acrescentam na produção do conhecimento na área da enfermagem, o que afirma a relevância desse estudo. Contudo, sugerem-se novas pesquisas com pacientes que apresentam diferentes aspectos religiosos e espirituais.

A limitação do estudo se relaciona aos critérios metodológicos, no que diz respeito ao cegamento do pesquisador e os participantes serem de uma única instituição de saúde, sugerindo a replicação desse percurso metodológico evitando o viés de execução e o seu desenvolvimento em outras realidades. Propõe-se, ainda, o desenvolvimento de futuros estudos para que possam estabelecer protocolos que assegurem a utilização adequada da prece pela enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, M. R. *et al.* Teorias de enfermagem: a importância para a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 2, n. 2, p. 115-132, 2011. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99/317>. Acesso em: 5 ago. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS CENTROS DE DIÁLISE E TRANSPLANTE (ABCDT). **Doença renal crônica é silenciosa e atinge cerca de 10% da população mundial**. 2016. Disponível em: <https://www.abcdt.org.br/doenca-renal-cronica-e-silenciosa-e-atinge-cerca-de-10-da-populacao-mundial/>. Acesso em: 21 jun. 2019.
- ASSMANN, G.; CULLEN, P.; SCHULTE, H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) study. **Circulation**, v. 105, n. 3, p. 310-315, 2002.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, 2010.
- BASTOS, R. M. R. *et al.* Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 1, p. 40-44, 2009.
- BEZERRA, K. V; SANTOS, J. L. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 1-6, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 154 de 15 junho de 2004**. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta9/resolucao\\_rdc\\_n154\\_2004\\_regulamento\\_servicos\\_dialise.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta9/resolucao_rdc_n154_2004_regulamento_servicos_dialise.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 dez 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 389 de 13 de março de 2014**. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389\\_13\\_03\\_2014.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html)>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2011.

- BRASILEIRO, T. O. Z. *et al.* Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03236, 2017.
- BULECHEK, G. M. *et al.* **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- BYRD, R. C. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. **Southern Medical Journal**, v. 81, n. 7, p. 826-829, 1988.
- CARPENTER, T. P.; LANEY, T.; MEZULIS, A. Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: a prospective study. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 4, p. 19-30, 2012.
- CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 823-831, 2003.
- CARVALHO, C. C. *et al.* The effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 684-690, 2014.
- CASTRO, M. C. M. Diálise: complicações agudas em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 23, n. 2, p. 108-113, 2001.
- CORDEIRO, J. A. B. L. **Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde do portador de doença renal crônica em tratamento pré-dialítico**. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, 2014.
- ESPERANDIO, M. R. G; LADD, K.L. I heard the voice. I felt the presence: prayer, health and implications for clinical practice. **Religions**, v. 6, p. 670-685, 2015.
- FELLI, V. E. A; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (org.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 1-13.
- FERREIRA, E. B. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia profissional. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 86-92, 2016.
- FERREIRA, P. L.; ANES, E. J. Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 31-39, 2010.
- GUERRA-GUERRERO, V.; SANHUEZA-ALVARADO, O.; CARCERES-ESPINA, M. Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 838-846, 2012.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. E. **Nanda International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2015-17: definições e classificações**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HERTH, K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, n. 10, p. 1251-1259, 1992.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INKER, L. A. *et al.* KDOQI US Commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 63, n.5, p. 713-735, 2014.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney International Supplements**, v. 3, p. 5-14, 2013.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2012. 248 p.

LAUS, A. M; ANSEMI, M. L. Absences of nursing workers at a teaching hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 681-689, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en\\_v42n4a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a09.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2019.

LEPHERD, I. Spirituality: everyone has it, but what is it? **International Journal of Nursing Practice**, v. 21, n. 5, p. 566- 574, 2015.

LUCCHETTI, G. *et al.* A influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 186-188, 2010.

MADEIRO, A. C. *et al.* Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2010.

MAHMOODISHAN, G. *et al.* Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a qualitative content analysis study. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, v. 3, n. 6, p. 2-8, 2010.

MASTERS, K. S.; HOOKER, S. A. Religiousness/spirituality, cardiovascular disease, and cancer: Cultural integration for health research and intervention. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 81, n. 2, p. 206, 2013.

MATOS, E. F.; LOPES, A. Modalidades de hemodiálise ambulatorial: breve revisão. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. spe 2, p. 569-571, 2009.

MEDEIROS, M. C. W. C.; SÁ, M. P. C. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. **Revista Rene**, v. 12, n. 1, p. 65-72, 2011.

MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

NEVES JÚNIOR, M. A. *et al.* Acesso Vascular para Hemodiálise: O que há de novo. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 12, n. 3, p. 221-225, 2013.

NEVES NETO, A. R. O papel da oração como *coping* religioso positivo em redução do estresse. **Arquivos médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 59, n. 1, p. 34-39, 2014.

NOGUEIRA, I. L. A. *et al.* Aspectos sociodemográficos e clínicos relacionados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, e-1080, 2018.

NOVAK, M. *et al.* Approaches to Self-Management in Chronic Illness. **Seminars in Dialysis**, v. 26, n. 2, p. 188–194, 2013.

PANZINI, R. G. **Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida.** 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2004.

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 689-695, 2009.

PIVATO, D. R.; ABREU, I. S. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, 2010.

POLIT, D.; BECK, C.T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar.** 3 ed. São Paulo: Santos, 2005.

RAMIREZ, S. P. *et al.* The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 72, n. 2, p. 129-135, 2012.

RIBEIRO, R. C. *et al.* Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 21 (n. Esp.), p. 207-11, 2008.

ROSS, L. E. *et al.* Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 8, n. 14, p. 931-938, 2008.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014.

SARTORE, A. C.; GROSSI, S. A. A. Escala de Esperança de Herth. Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 227-232, 2008.

SESSO, R. C. C. *et al.* Chronic dialysis in Brazil - report of the brazilian dialysis census, 2011. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 3, p. 272-277, 2014.

SESSO, R. C. *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. **Journal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, p. 54-61, 2016.

SILVA, A. M. S. **Registros de enfermagem: o planejamento dos cuidados a pacientes na hemodiálise**. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, A. S. *et al.* Perceptions and changes in the quality of life of patients submitted to hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.5, p. 839-844, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Relatório do Censo 2016**. São Paulo: SBN, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo SBN 2014**. Disponível em: <http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>. Acesso em: 20 fev. 2019.

TAUNAY, T. C. D. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.

TERRA, F. S. *et al.* As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 3, p. 187-192, 2010.

TONG, A. *et al.* Patients' experiences and perspectives of living with CKD 2. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 53, n. 4, p. 689-700, 2009.

VOLCAN, S. M. A. *et al.* Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global NCD Action Plan 2013-2020. **Genebra: World Health Organization**. 2013. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/). Acesso em: 12 dez. 2018.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado pela pesquisadora Suzana Mara Cordeiro Eloia como participante da pesquisa intitulada “EFEITOS DA PRECE SOBRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar os efeitos da prece no aumento do coping religioso/espiritual e esperança, e na redução dos níveis de ansiedade, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Serão utilizados alguns instrumentos para coleta de dados que irão avaliar o nível de religiosidade, o apoio da espiritualidade no enfrentamento da doença, a esperança, a ansiedade e os parâmetros vitais.

Serão realizados 3 encontros com duração, aproximadamente, de 50 minutos em semanas intercaladas.

Os riscos para a saúde do (a) senhor (a) que poderão acontecer, relacionam-se com a fadiga por responder diversas perguntas, porém serão minimizados respeitando o tempo de resposta do (a) senhor (a) e oferecendo um ambiente calmo e tranquilo para esse momento.

O (a) senhor (a) não será obrigado a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência. Sua participação consistirá em ser acompanhado (a) pela pesquisadora que o (a) observará enquanto você responde aos instrumentos de coleta de dados, assim como poderá auxiliá-lo diante alguma dificuldade em respondê-lo. Os questionários são do tipo checklist (marcar uma opção). Após responder, a pesquisadora verificará seus sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial). O (a) senhor (a) poderá receber a visita de outro membro desta pesquisa, durante sua sessão dialítica, para receber a intervenção. Após esse momento, serão assegurados 30 minutos para que sejam respondidos novamente os questionários com a presença do primeiro pesquisador. Esse processo pré-teste, intervenção e pós-teste será repetido 3 vezes, durante semanas alternadas, no decorrer das sessões de hemodiálise.

Gostaria de deixar claro que esta pesquisa segue os preceitos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Reguladoras da Pesquisa envolvendo seres humanos. Desse modo, o (a) senhor (a) terá sua identidade mantida em sigilo, ou seja, seu nome não será citado e o conteúdo produzido durante as ações serão analisados juntamente com os demais.

Informo ainda, que:

- Serão respeitadas as atividades desenvolvidas por esta instituição;
- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento desta pesquisa, você resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento, sem quaisquer penalizações ou prejuízos;
- O (a) senhor (a) pode obter mais esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia por meio de informações claras e precisas;

A qualquer momento o (a) senhor (a) poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço dos pesquisadores. Endereço da responsável pela pesquisa:

<p><b>Nome: Suzana Mara Cordeiro Eloia</b>  <b>Instituição: Universidade Federal do Ceará</b>  <b>Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza</b>  <b>Telefones para contato: (85) 3366-8464</b></p>
--



**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Rua Comandante Maurocelio Rocha, 150, Derby, Sobral (Horário: 13:00 às 17:00 e 18:00 às 22:00 horas de segunda a sexta-feira).  
O CEP é a instância responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante da pesquisa “Efeitos da prece sobre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: ensaio clínico randomizado”.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Sobral, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E ESPIRITUAIS**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>1. CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS</b>	
Nome: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____
Sexo: 1 ( ) M 2 ( ) F	Idade (anos): _____
Estado Civil:	
1 ( ) Solteiro/Solteira	3 ( ) União Consensual
2 ( ) Casado/ Casada	4 ( ) Separado/Separada
5 ( ) Viúvo/ Viúva	
Escolaridade (em anos): _____	
Ocupação: _____	
Renda familiar mensal aproximada (em reais):	
1 ( ) $\leq$ 1 Salário mínimo	2 ( ) 2 a 3 Salários mínimos
3 ( ) $\geq$ 4 Salários mínimos	
Pessoas com quem mora:	
1 ( ) Pais	3 ( ) Filho(a)
2 ( ) Esposo(a)	4 ( ) Amigos(a)
5 ( ) Outro. Especificar: _____	
<b>2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>	
Você é etilista? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não Se sim, desde quando?	
Você é tabagista? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não Se sim, desde quando?	
Existem outras doenças associadas à IRC? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não Se sim, quais?	
Há quanto tempo faz o tratamento hemodialítico? _____	
Já realizou outro tipo de tratamento para a doença? ( ) Sim ( ) Não, qual: _____	
Faz uso contínuo de algum medicamento: ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual: _____	
<b>3. RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE</b>	
Crença Religiosa:	
1 ( ) Catolicismo	4 ( ) Ateu
2 ( ) Evangélico	5 ( ) Sem religião, mas espiritualizado
3 ( ) Espiritismo	6 ( ) Outra. Especificar: _____
É praticante da crença religiosa 1 ( ) Sim 2 ( ) Não Se sim, com qual frequência? _____	
Você acredita no poder da oração? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	
Seus familiares ou amigos rezam por você? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	
Participa de algum grupo de apoio? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DOS PARÂMETROS VITAIS

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PRÉ-INTERVENÇÃO	PÓS-INTERVENÇÃO
<b>PRIMEIRA COLETA</b>	
Frequência Cardíaca (bpm):	Frequência Cardíaca (bpm):
Frequência Respiratória (rpm):	Frequência Respiratória (rpm):
Pressão Arterial (mm/Hg):	Pressão Arterial (mm/Hg):
<b>SEGUNDA COLETA</b>	
Frequência Cardíaca (bpm):	Frequência Cardíaca (bpm):
Frequência Respiratória (rpm):	Frequência Respiratória (rpm):
Pressão Arterial (mm/Hg):	Pressão Arterial (mm/Hg):
<b>TERCEIRA COLETA</b>	
Frequência Cardíaca (bpm):	Frequência Cardíaca (bpm):
Frequência Respiratória (rpm):	Frequência Respiratória (rpm):
Pressão Arterial (mm/Hg):	Pressão Arterial (mm/Hg):

**ANEXOS**

## ANEXO A – CONSORT 2010 Checklist



## CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial\*

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
<b>Title and abstract</b>			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	_____
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	_____
<b>Introduction</b>			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	_____
	2b	Specific objectives or hypotheses	_____
<b>Methods</b>			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	_____
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	_____
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	_____
	4b	Settings and locations where the data were collected	_____
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	_____
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	_____
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	_____
Sample size	7a	How sample size was determined	_____
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	_____
<b>Randomisation:</b>			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	_____
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	_____
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	_____
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	_____
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	_____
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	_____
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	_____

	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	
<b>Results</b>			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	
	14b	Why the trial ended or was stopped	
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	
<b>Discussion</b>			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	
<b>Other information</b>			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	

\*We strongly recommend reading this statement in conjunction with the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration for important clarifications on all the items. If relevant, we also recommend reading CONSORT extensions for cluster randomised trials, non-inferiority and equivalence trials, non-pharmacological treatments, herbal interventions, and pragmatic trials. Additional extensions are forthcoming: for those and for up to date references relevant to this checklist, see [www.consort-statement.org](http://www.consort-statement.org).

### ANEXO B - Índice de Religiosidade da Universidade Duke

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ANEXO C - ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH (EEH)

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um [X] na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	<b>Discordo completamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo completamente</b>
1. Eu estou otimista quanto à vida.				
2. Eu tenho planos a curto e longo prazos.				
3. Eu me sinto muito sozinho(a).				
4. Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5. Eu tenho uma fé que me conforta.				
6. Eu tenho medo do meu futuro.				
7. Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8. Eu me sinto muito forte.				
9. Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10. Eu sei onde eu quero ir.				
11. Eu acredito no valor de cada dia.				
12. Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				



## ANEXO D – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

---

### AVALIAÇÃO

**Muitíssimo -----4 Um pouco -----2**

**Bastante -----3 Absolutamente não ----1**

---

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Sinto-me calmo.....                             | 1 2 3 4 |
| 2. Sinto-me seguro.....                            | 1 2 3 4 |
| 3. Estou tenso.....                                | 1 2 3 4 |
| 4. Estou arrependido.....                          | 1 2 3 4 |
| 5. Sinto-me à vontade.....                         | 1 2 3 4 |
| 6. Sinto-me perturbado.....                        | 1 2 3 4 |
| 7. Estou preocupado com possíveis infortúnios..... | 1 2 3 4 |
| 8. Sinto-me descansado.....                        | 1 2 3 4 |
| 9. Sinto-me ansioso.....                           | 1 2 3 4 |
| 10. Sinto-me “em casa”.....                        | 1 2 3 4 |
| 11. Sinto-me confiante.....                        | 1 2 3 4 |
| 12. Sinto-me nervoso.....                          | 1 2 3 4 |
| 13. Estou agitado.....                             | 1 2 3 4 |
| 14. Sinto-me uma pilha de nervos.....              | 1 2 3 4 |
| 15. Estou descontraído.....                        | 1 2 3 4 |
| 16. Sinto-me satisfeito.....                       | 1 2 3 4 |
| 17. Estou preocupado.....                          | 1 2 3 4 |
| 18. Sinto-me confuso.....                          | 1 2 3 4 |
| 19. Sinto-me alegre.....                           | 1 2 3 4 |
| 20. Sinto-me bem.....                              | 1 2 3 4 |

---

Os itens marcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.

---

**ANEXO E - ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL ABREVIADA  
(CRE-BREVE)**

PANZINI E BANDEIRA (2005) - VERSÃO BRASILEIRA DA RCOPE SCALE  
(PARGAMENT, KOENIG & PEREZ, 2000)

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 na 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. Ouvi 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, Reik, 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 F – PRECE ADAPTADA DO SALMO 139**

Senhor tu me sondas e me conheces  
Conheces o meu sentar e o meu levantar  
De longe penetras o meu pensamento  
Examinas meu andar e meu deitar  
Meus caminhos todos são familiares a ti.

Eu vos louvo  
E vos dou graças ó Senhor  
Porque de modo admirável me formastes (2x).

Senhor vós me sondais e conheceis  
Sabeis quando me assento e me levanto  
De longe penetrais meus pensamentos  
Percebeis quando me deito ou quando eu ando  
Os meus caminhos vos são todos conhecidos.

Eu vos louvo  
E vos dou graças ó Senhor  
Porque de modo admirável me formastes (2x).

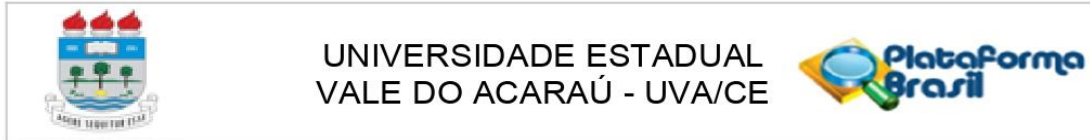
Fortes vós que me destes a vida  
E no seio de minha mãe me formastes  
Eu vos louvo  
E vos dou graça ó Senhor  
Porque de modo admirável me formastes.

Eu vos louvo  
E vos dou graças ó Senhor  
Porque de modo admirável me formastes (2x).

Até o mais íntimo o senhor me conheceis  
Meus ossos não te foram escondidos  
Quando eu era modelado em segredo  
E criado na terra mais profunda.

Eu vos louvo  
E vos dou graças ó Senhor  
Porque de modo admirável me formastes (3x).

## ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EFETIVIDADE DA PRECE SOBRE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE

**Pesquisador:** Suzana Mara Cordeiro Eloia

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 95453018.4.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.890.991

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "Efeitos da prece sobre pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: um estudo randomizado e controlado" compõe dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Trata-se de um ensaio clínico randomizado, controlado, cego e longitudinal sobre o efeito da prece intercessória na redução da esperança, ansiedade, coping espiritual e parâmetros vitais em pacientes renais crônicos em hemodiálise. Será realizado na Unidade de Diálise de um hospital público da região Norte do Ceará. A população será representada por 40 pacientes renais crônicos no grupo experimental e 40 pacientes no grupo controle, totalizando uma amostra de 80 indivíduos.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

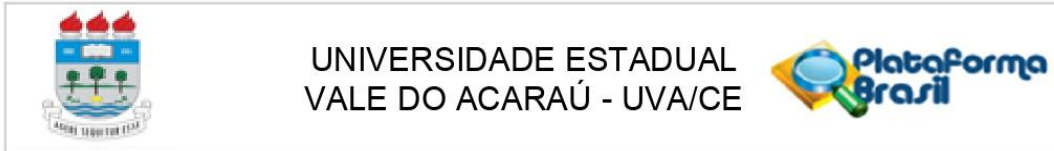
Avaliar o efeito da prece sobre coping religioso/espiritual em pacientes renais crônicos em hemodiálise.

**Objetivo Secundário:**

Analisar a esperança, a religiosidade e coping religioso/espiritual, comparando o Grupo Controle (GC) e o Grupo Intervenção (GI). Comparar a ansiedade traço e estado entre os pacientes do grupo controle e intervenção. Verificar os parâmetros de frequência cardíaca, frequência respiratória,

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com





Continuação do Parecer: 2.890.991

pressão arterial sistólica e diastólica dos participantes do GC e GI.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos informados pela pesquisadora:

A pesquisa apresenta risco mínimo para os participantes que pode estar relacionado à fadiga, mas será minimizado respeitando o tempo de resposta de cada paciente e oferecendo um ambiente tranquilo para o preenchimento dos instrumentos.

Benefícios informados:

Esta pesquisa se torna benéfica à prática clínica, à medida que investiga a efetividade da prece como uma intervenção de enfermagem que oferece apoio espiritual e aumenta a esperança do paciente, auxilia no enfrentamento da doença, no tratamento, nas mudanças do estilo de vida e pode reduzir o nível de ansiedade e os parâmetros vitais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa interessante para as áreas da Ciências da Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos se encontram adequados.

**Recomendações:**

O projeto pode ser aprovado pelo CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

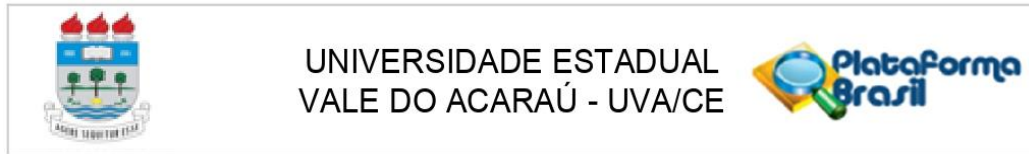
Projeto sem óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150			
<b>Bairro:</b> Derby		<b>CEP:</b> 62.041-040	
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> SOBRAL		
<b>Telefone:</b> (88)3677-4255	<b>Fax:</b> (88)3677-4242	<b>E-mail:</b> uva_comitedeetica@hotmail.com	



Continuação do Parecer: 2.890.991

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1155797.pdf	08/08/2018 17:46:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/08/2018 17:45:25	Suzana Mara Cordeiro Eloia	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/08/2018 02:56:56	Suzana Mara Cordeiro Eloia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia.pdf	01/08/2018 02:50:17	Suzana Mara Cordeiro Eloia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/08/2018 02:30:59	Suzana Mara Cordeiro Eloia	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/08/2018 02:30:10	Suzana Mara Cordeiro Eloia	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/08/2018 02:17:41	Suzana Mara Cordeiro Eloia	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOBRAL, 12 de Setembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Maria do Socorro Melo Carneiro**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com