


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

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

## Autores

Janaina Siqueira<sup>1</sup> 

Natália Maria Fernandes<sup>1</sup> 

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

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

## RESUMO

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

## ABSTRACT

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

Data de submissão: 24/04/2018.

Data de aprovação: 15/08/2018.

## Correspondência para:

Janaina Siqueira.

E-mail: janainasiqueira@gmail.com

DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0096



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

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

## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

## MÉTODOS

### PARTICIPANTES E DELINEAMENTO DO ESTUDO

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

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

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

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

## MEDIDAS

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

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

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

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

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

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

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

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

## RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONCLUSÃO

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

## REFERÊNCIAS

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

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