

## ARTIGO ORIGINAL

## Associação entre resiliência, religiosidade e adesão terapêutica em pacientes submetidos à hemodiálise

### *Association between resilience, religiosity and therapeutic adherence in patients undergoing hemodialysis*

Gabriela Vilas Bôas<sup>1</sup>, Maria Vilela Pinto Nakasu<sup>2</sup>

Bôas GV, Nakasu MVP. Associação entre resiliência, religiosidade e adesão terapêutica em pacientes submetidos à hemodiálise / Association between resilience, religiosity and therapeutic adherence in patients undergoing hemodialysis. Rev Med (São Paulo). 2021 mar.-abr.;100(2):119-27.

**RESUMO:** *Objetivo:* Avaliar o nível de resiliência e de religiosidade em pacientes com insuficiência renal crônica, bem como investigar a influência destes elementos na adesão ao tratamento e à terapia farmacológica. *Método:* O estudo é de abordagem descritiva, transversal e correlacional. Foram incluídos 60 pacientes em hemodiálise. Utilizou-se o prontuário eletrônico para levantamento do início do tratamento e das faltas, bem como os instrumentos: questionário para caracterização pessoal, Escala de Resiliência de Wagnild e Young, Escala de Religiosidade de Duke e Escala de Adesão à Terapêutica de oito itens de Morisky. A análise dos dados iniciou-se com a estatística descritiva, seguida do teste de correlação de Spearman ( $p < 0,05$ ) e da regressão linear. *Resultados:* A idade média encontrada foi de  $59,3 \pm 12,5$  anos e 66,7% eram do sexo masculino. Constatou-se que houve associação entre resiliência e as variáveis sexo ( $r = 0,281$ ,  $p = 0,030$ ) e status de saúde autorreferido ( $r = 0,424$ ,  $p = 0,01$ ), sendo que a categoria “Independência e determinação” correlacionou-se às faltas nas sessões ( $r = 0,290$ ,  $p = 0,024$ ). Houve também correlação entre a adesão farmacológica e a religiosidade não organizacional ( $r = 0,262$ ,  $p = 0,043$ ) e entre a religiosidade intrínseca e a idade dos pacientes ( $r = 0,300$ ,  $p = 0,020$ ). A regressão linear evidenciou a colaboração da Religiosidade não organizacional na variação da pontuação obtida no domínio “Independência e determinação” ( $\beta = 0,445$ ,  $p < 0,05$ ). *Conclusão:* As associações encontradas entre as variáveis sugerem que abordar a religiosidade e resiliência no cuidado com o paciente pode auxiliar a melhorar o padrão de adesão ao tratamento hemodialítico.

**Palavras-chave:** Diálise renal; Resiliência psicológica; Religião; Cooperação e adesão ao tratamento; Hemodiálise.

**ABSTRACT:** *Objective:* The objective of this research was to evaluate the level of resilience and religiosity in patients with chronic renal failure, as well as to investigate the influence of these elements on adherence to treatment and pharmacological therapy. *Method:* It is a descriptive, cross-sectional and correlational research. The study was conducted on 60 hemodialysis patients. Electronic medical record has been used to evidence when the treatment started and to measure absenteeism, and the questionnaires (Wagnild and Young Resilience Scale, Duke Religiousness Scale and eight-item Morisky Medication Adherence Scale) have been used to personal characterization. The data analysis began with descriptive statistics, followed by Spearman’s correlation test ( $p < 0.05$ ) and linear regression. *Results:* The average age was  $59.3 \pm 12.5$  years and 66.7% of the patients were male. It was found that there was an association between resilience and gender ( $r = 0.281$ ,  $p = 0.030$ ) and self-reported health status ( $r = 0.424$ ,  $p = 0.01$ ), and the category “Independence and determination” correlated with absence ( $r = 0.290$ ,  $p = 0.024$ ). There was also a correlation between pharmacological adherence and non-organizational religiosity ( $r = 0.262$ ,  $p = 0.043$ ) and between intrinsic religiosity and age of patients ( $r = 0.300$ ,  $p = 0.020$ ). The linear regression evidenced the non-organizational religiosity collaboration in the variation of the score obtained in “Independence and determination” ( $\beta = 0.445$ ,  $p < 0.05$ ). *Conclusion:* The associations found between the variables suggest that properly explore religiosity in patient care may help to improve the standart of adherence to hemodialysis treatment.

**Keywords:** Renal dialysis; Resilience psychological; Religion; Treatment adherence and compliance; Hemodialysis.

1. Hospital de Clínicas de Itajubá, Departamento de Psicologia, Itajubá, MG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5337-8881>. E-mail: [gabriela-vilas@hotmail.com](mailto:gabriela-vilas@hotmail.com).

2. Faculdade de Medicina de Itajubá, Departamento de Psicologia. Itajubá, MG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9696-3239>. E-mail: [mvillelanakasu@gmail.com](mailto:mvillelanakasu@gmail.com).

**Endereço para correspondência:** Rua Poeta João Carneiro de Rezende, 419. Centro. Pedralva, MG. CEP: 37.520-000. E-mail: [gabriela-vilas@hotmail.com](mailto:gabriela-vilas@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) apresenta-se como um problema crítico de saúde pública, ao passo em que incide de maneira global sobre milhões de pessoas, impactando na qualidade de vida destas e gerando gastos exorbitantes com tratamentos e hospitalizações, além de uma alta taxa de letalidade<sup>1</sup>. Em território nacional, o índice de mortalidade chega a 19,9%<sup>2</sup>. Trata-se de uma enfermidade caracterizada pela perda progressiva e irreversível da atividade renal, que produz um grave desequilíbrio metabólico e hidrolítico nas pessoas acometidas<sup>3</sup>.

Dentre os tratamentos disponíveis, o mais comumente adotado é a hemodiálise, que é uma das terapias substitutivas após falência renal cuja função é remover líquidos e produtos residuais urêmicos do organismo, por meio de um dializador, em um processo mecânico extracorpóreo<sup>4</sup>. O tratamento hemodialítico e a dependência de suporte tecnológico especializado para a manutenção da vida podem desencadear sofrimento e angústia, considerando a dor, a monotonia e a limitação do paciente frente ao adoecimento, exercendo influência diretamente nos aspectos físicos e psicológicos dos pacientes<sup>5</sup>.

Embora os portadores de DRC reconheçam os benefícios do tratamento dialítico, considerando que este possibilita a espera pelo transplante renal, sentimentos negativos em relação à doença com frequência são experienciados<sup>6</sup>. Este contexto ocasiona situações estressantes e exige uma readaptação em sua rotina, com modificação alimentar e da ingesta hídrica, bem como restrição da atividade laboral, alterações corporais e consequente perda da autonomia<sup>6,7</sup>. Tais modificações afetam severamente a vida pessoal, familiar, profissional e social dos pacientes e podem influenciar na adesão à terapêutica, na frequência às sessões hemodialíticas, no cumprimento das recomendações nutricionais e na aderência farmacológica<sup>7</sup>.

Resiliência e religiosidade têm sido apontadas por estudos com enfoque nas estratégias de enfrentamento dos pacientes com insuficiência renal crônica como recursos notáveis que auxiliam na compreensão e no confronto dos agentes estressores presentes neste cenário<sup>7</sup>. O conceito de resiliência é entendido como um padrão adaptativo de funcionamento, sendo uma experiência dinâmica de resistência e adequação positiva frente às adversidades, capaz de propiciar estratégias de superação ao paciente, fazendo com que o mesmo deixe de ser um observador passivo e busque recursos em si e no seu ambiente para a resolução de conflitos<sup>8,9</sup>. Comumente associada à relação de aproximação com o sagrado e transcendente, a religiosidade constitui-se como um sistema organizado de crenças, rituais, símbolos e práticas<sup>10,11</sup>.

Pesquisas evidenciam que dentre os múltiplos fatores que abrangem o processo de resiliência, há indícios de que a religiosidade pode auxiliar os indivíduos a desenvolverem recursos importantes diante da situação de enfermidade<sup>12</sup>. Neste sentido, trata-se de uma ferramenta de apoio e fortalecimento no enfrentamento das dificuldades relacionadas às condições de saúde, propiciando ao indivíduo a ressignificação do seu processo de adoecimento e promovendo, consequentemente, uma melhor qualidade de vida<sup>13</sup>.

Isto dito, o presente estudo tem o intuito de avaliar o nível de resiliência e religiosidade em pacientes com insuficiência renal crônica, bem como investigar a influência destes elementos na adesão ao tratamento e à terapia farmacológica. Espera-se, mediante este trabalho, fornecer subsídios para ampliar os recursos da prática assistencial, evidenciando a importância de se contemplar o ser humano integralmente, sob a ótica biopsicosocioespiritual.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Delineou-se este estudo pela abordagem quantitativa e transversal, envolvendo 60 pacientes com DRC submetidos à hemodiálise, em um hospital quaternário localizado na cidade de Itajubá/MG. Foram incluídos nesta pesquisa os indivíduos maiores de 18 anos, com condições clínicas apropriadas e com boa capacidade cognitiva para responder aos instrumentos aplicáveis, que assentiram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconiza a Resolução do Ministério da Saúde nº 466/12. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do Parecer Consubstanciado nº 3.061.427.

Quanto aos instrumentos, utilizou-se um questionário semiestruturado, contendo as características pessoais e de saúde. Fez-se o levantamento do período de tratamento hemodialítico e do número de faltas nas sessões por meio dos registros no prontuário eletrônico dos pacientes. Para as três escalas utilizadas considerou-se o coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), que mensura a correlação entre os itens dos instrumentos com os resultados do estudo, para investigar o índice de confiabilidade, sendo este muito alto quando  $\alpha > 0,90$ , alto para  $0,90 > \alpha > 0,75$ , moderado se  $0,75 > \alpha > 0,60$ , baixo quando  $0,60 < \alpha < 0,30$ ; e muito baixo se  $\alpha < 0,30$ .

A Escala de Resiliência de Wagnild e Young é composta por 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert, com variação de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores têm uma amplitude de 25 a 175 pontos, sendo classificada como baixa resiliência a pontuação que variar de 25 a 125, média entre 125 e 145 e alta acima de 145 pontos.

A escala está dividida em três domínios: (1) Resolução de Ações e Valores, integrando os itens 1, 2, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 25; (2) Independência e Determinação, por meio das afirmações 5, 7, 9, 11, 13, 22; e (3) Autoconfiança e Capacidade de Adaptação à Situação, com os elementos 3, 4, 15, 17, 20<sup>14</sup>.

Já a Escala de Religiosidade de Duke (DUREL) possui 5 questões que captam três dimensões de religiosidade que relacionam-se com desfechos em saúde: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Os primeiros dois itens (RO e RNO) investigam o quanto o indivíduo frequenta ambientes de caráter religioso ou realiza atividades espirituais privadas, tais como orações ou meditação. Os outros itens, em escala do tipo Likert, referem-se à RI e avaliam a busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo de vida. Em relação ao cálculo do escore, recomenda-se que os três domínios individuais sejam avaliados individualmente<sup>15</sup>.

A interpretação da Escala de Adesão à Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS8), distribuiu a amostra por três níveis de adesão: elevada (8 pontos), intermediária (6-7 pontos) e baixa ( $\leq 5$  pontos). Apenas os indivíduos classificados com elevada adesão são considerados aderentes à terapêutica farmacológica<sup>16</sup>.

A análise dos dados foi realizada utilizando o software SPSS-22 e iniciou-se com a estatística descritiva (porcentagem, média, mediana, desvio padrão, frequência) para as características sociodemográficas e de saúde, bem como para os escores dos instrumentos utilizados. Em seguida, prosseguiu-se com o estudo da normalidade da distribuição das variáveis por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. O primeiro teste identificou que parte delas eram assimétricas, portanto, para estas foram aplicados métodos para normalizar a sua distribuição.

Posteriormente, fez-se uso do coeficiente de correlação de Spearman, sendo assim considerados os valores de  $p < 0,05$  como estatisticamente significativos, considerou-se uma correlação forte para índices  $0,60 \leq |r| \leq 1,0$ , moderada para  $0,4 \leq |r| \leq 0,6$  e fraca para  $|r| \leq 0,4$ . A resiliência foi qualificada como variável dependente e realizou-se uma regressão linear para analisar a sua associação com as variáveis independentes (demais instrumentos e as variáveis sociodemográficas) que possuíam uma correlação  $p < 0,20$  com a variável de desfecho. Para a análise multivariada utilizou-se a técnica *stepwise* e, para esta etapa, foi determinado novamente um nível de significância de 5%, com um intervalo de confiança de 95%.

## RESULTADOS

A caracterização dos participantes deste estudo pode ser observada na Tabela 1.

**Tabela 1.** Estatística descritiva relacionada aos dados clínicos e sociodemográficos dos pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico

Características clínicas/sócio demográficas	Valor – n (%)
<b>Faixa etária</b>	
Até 35 anos	3 (5)
De 36 até 50 anos	12 (20)
De 51 até 65 anos	28 (46,7)
De 66 até 80 anos	15 (25)
Maior que 80 anos	2 (3,3)
<b>Sexo</b>	
Masculino	40 (66,7)
Feminino	20 (33,3)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro	11 (18,3)
Casado	35 (58,4)
Divorciado	6 (10)
Viúvo	8 (13,3)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	4 (6,7)
Sabe ler e escrever	3 (5)
Ensino primário	31 (51,7)
Ensino secundário	12 (20)
Curso superior	10 (16,6)
<b>Tempo de tratamento</b>	
Até 12 meses	13 (21,7)
De 12 a 24 meses	22 (36,7)
De 24 a 36 meses	8 (13,3)
Mais que 36 meses	17 (28,3)
<b>Status de saúde autorreferido</b>	
Muito ruim	1 (1,7)
Ruim	1 (1,7)
Mais ou menos	25 (41,7)
Boa	29 (48,3)
Muito Boa	4 (6,6)
<b>Número de faltas nas sessões nos últimos 6 meses</b>	
0 Faltas	32 (53,3)
De 1 a 3 faltas	21 (35)
De 4 a 7 faltas	3 (5)
Mais do que 7 faltas	4 (6,7)

Dos 60 pacientes em hemodialise, a média de idade encontrada foi de  $59,3 \pm 12,5$  anos, 66,7% eram do sexo masculino, 58,3% eram casados, 51,7% haviam cursado o ensino primário. No momento do tratamento, 78,3% dos participantes estavam há mais de 1 ano em hemodiálise. Além disso, foi possível observar que 55% dos pacientes avaliaram o seu estado de saúde como “bom” ou “muito bom”. Quanto à adesão às sessões de hemodiálise, 53,3% não apresentaram faltas nos últimos 6 meses.

Quanto aos escores obtidos nas escalas, conforme mostra a Tabela 2, 55% dos pacientes apresentaram média resiliência e apenas 13,3% obtiveram uma pontuação elevada no instrumento de Wagnild e Young, que para este trabalho apresentou uma alta confiabilidade

( $\alpha=0,82$ ). Com relação à análise da religiosidade com a escala DUREL, que apresentou uma consistência interna moderada ( $\alpha = 0,72$ ), obteve-se um elevado índice para as três dimensões, considerando que o escore médio para RO foi de 3,2, para a RNO, de 1,8 e para a RI, 4,5. E 18 (30%) pacientes apresentaram baixa adesão farmacológica (pontuação <6 na MMAS-8), sendo que tal ferramenta apresentou uma alta consistência interna para o presente estudo ( $\alpha = 0,79$ ).

**Tabela 2.** Classificação dos escores obtidos pelos pacientes em hemodialise na Escala de resiliência de Wagnild e Young, na Escala de Religiosidade de Duke (Durel) e na Escala de Adesão à Terapêutica (MMAS-8)

Nível de resiliência, religiosidade e adesão terapêutica	Pacientes em hemodiálise
	n=60
<b>Resiliência (Média ± desvio padrão)</b>	127,7 ± 17,3
Baixa resiliência (n,%)	19 (31,7)
Média resiliência (n,%)	33 (55)
Alta resiliência (n,%)	8 (13,3)
<b>Religiosidade (Média ± desvio padrão)</b>	
Organizacional	3,2 ± 1,5
Não organizacional	1,8 ± 1,0
Intrínseca	4,5 ± 2,2
<b>Adesão terapêutica medicamentosa (Média ± desvio padrão)</b>	6,0 ± 1,8
Baixa adesão (n,%)	18 (30)
Média adesão (n,%)	24 (40)
Alta adesão (n,%)	18 (30)

Após aplicar o teste de correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas e os escores obtidos

através dos instrumentos, notou-se que a pontuação geral de resiliência se correlacionou de forma significativa e positiva com o sexo ( $r=0,281$ ) e com o status de saúde autorreferido ( $r=0,424$ ), sendo que a primeira é uma correlação fraca e a segunda moderada. Ainda acerca da resiliência, obteve-se correlação moderada, mas significativa, entre a categoria “Resolução de ações e valores” e o sexo ( $r=0,417$ ), bem como com o status de saúde autorreferido ( $r=0,446$ ), ou seja, o sexo masculino e os pacientes que apresentaram uma percepção mais positiva do seu estado de saúde demonstraram maior tendência à resolução de conflitos.

Já o domínio “Autoconfiança e capacidade de adaptação à situação” associou-se significativamente apenas com o status de saúde autorreferido ( $r=0,329$ ), sendo uma correlação fraca que indicou que quanto maior a autoconfiança e flexibilidade, mais positiva é a avaliação sobre a sua condição de saúde. Em relação à “Independência e determinação”, foi possível identificar uma correlação fraca e significativa com falta nas sessões ( $r=0,290$ ), indicando que pacientes com alta pontuação nesse quesito tendem a ausentar-se mais das sessões. As correlações citadas são apresentadas na Tabela 3.

A análise da religiosidade foi dividida conforme as três dimensões e obteve-se uma correlação significativa positiva de amplitude fraca entre a religiosidade não organizacional ( $r=0,262$ ) e o escore total de adesão medicamentosa, conforme apresentado na Tabela 4, indicando que os pacientes que realizam práticas espirituais particulares demonstram uma maior adesão à terapêutica farmacológica. Além de identificar uma relação entre RI e a idade dos pacientes ( $r=0,300$ ), sendo que tal correlação foi fraca, significativa e positiva, sugerindo que pacientes mais idosos vivenciam de forma mais plena a sua religiosidade. Ressalta-se que para esta pesquisa não foram encontradas correlações estatisticamente significantes, na análise univariada, entre o nível de religiosidade e o de resiliência.

**Tabela 3.** Correlações relacionadas à resiliência e as suas dimensões em pacientes submetidos à hemodiálise.

Variáveis	Status de saúde autorreferido		Sexo		Falta nas sessões	
	Coefficiente de correlação	p-valor	Coefficiente de correlação	p-valor	Coefficiente de correlação	p-valor
Escore total de resiliência	0,424**	0,01	0,281*	0,030	0,234	0,072
Resolução de ações e valores	0,446**	0,001	0,417**	0,001	0,133	0,310
Autoconfiança e capacidade de adaptação à situação	0,329*	0,010	0,179	0,170	0,145	0,270
Independência e determinação	0,236	0,069	0,020	0,877	0,290*	0,024

\* A correlação é significativa no nível 0,05; \*\* A correlação é significativa no nível 0,01.

**Tabela 4.** Correlações relacionadas às dimensões de religiosidade em pacientes submetidos à hemodiálise.

Variáveis	Escore total de adesão medicamentosa		Idade	
	Coefficiente de correlação	p-valor	Coefficiente de correlação	p-valor
Religiosidade Não Organizacional	0,262*	0,043	0,013	0,922
Religiosidade Intrínseca	0,156	0,235	0,300*	0,020

\* A correlação é significativa no nível 0,05.

Realizou-se subsequentemente as análises de regressão linear multivariada entre os escores totais e parciais de resiliência e as demais variáveis, incluindo os escores de religiosidade, adesão terapêutica e as características sociodemográficas que apresentaram um coeficiente de correlação de Spearman menor do que 0,20. Os coeficientes  $\beta$  que descrevem os modelos citados são apresentados na Tabela 5. É possível notar que o status de saúde autorreferido contribui significativamente ( $\beta=0,463, p<0,01$ ) para explicar as alterações na pontuação total de resiliência. Além disso, o escore total de adesão terapêutica ( $\beta=0,235, p<0,05$ ) e o sexo ( $\beta=0,233, p<0,05$ ) também influenciaram de forma significativa para a descrição de tal variável.

Vale ressaltar que a variável independente “Status de saúde autorreferido” também colaborou de forma significativa para prever a pontuação para as categorias “Resolução de ações e valores” ( $\beta=0,429, p<0,01$ ) e “Autoconfiança e capacidade de adaptação à situação” ( $\beta=0,390, p<0,05$ ). Sendo que, para o primeiro, a variável “Adesão terapêutica medicamentosa” também contribuiu para sua descrição ( $\beta=0,329, p<0,05$ ). Outro dado relevante evidenciado nesta análise foi a colaboração da RNO ( $\beta=0,445, p<0,05$ ) na variação da pontuação no domínio “Independência e determinação”, indicando a influência das práticas espirituais individuais na resiliência do paciente.

**Tabela 5.** Coeficientes da regressão linear multivariada para resiliência.

Variável Independente	Variável Dependente			
	Escore total de resiliência	Resolução de ações e valores	Autoconfiança e capacidade de adaptação à situação	Independência e determinação
Status de saúde autorreferido	0,463**	0,429**	0,390*	0,230
Adesão terapêutica/ medicamentosa	0,235*	0,329*	0,167	-0,175
Idade	-0,103	-0,109	0,016	-0,161
Sexo	0,233*	0,292	0,142	-0,065
Falta nas sessões	0,083	-0,008	0,112	0,146
Religiosidade organizacional	-0,003	0,049	0,063	0,321
Religiosidade não-organizacional	-0,017	0,021	0,116	0,445*
Religiosidade Intrínseca	0,026	-0,024	0,127	-

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

## DISCUSSÃO

Em termos sociodemográficos, tal amostra é semelhante à população de pacientes em hemodiálise, conforme dados obtidos pelo Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, em 2017, que indicaram que 58% dos pacientes eram do sexo masculino<sup>2</sup>. Tal preponderância pode ser explicada pelo fato de homens serem menos presentes em serviços de atenção primária à saúde. Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde indicam que aproximadamente um terço da população masculina (31%) não possui o hábito de frequentar um médico<sup>17</sup>. Tal negligência com a saúde pode impedir que deficiências

renais sejam diagnosticadas previamente, fazendo com que o paciente necessite de tratamento dialítico.

Quanto ao fator idade, ressalta-se que após os 40 anos há um aumento da possibilidade de manifestação de algum tipo de deficiência renal, tendo em vista que ocorre uma redução da taxa de filtração glomerular<sup>18</sup>. Segundo levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, 42,6% dos pacientes tinham idade entre 45 e 64 anos, indicando uma semelhança entre tais dados e os resultados encontrados<sup>2</sup>.

Tratando-se do baixo nível de adesão farmacológica encontrado neste estudo, salienta-se que em outras pesquisas envolvendo também pacientes com

insuficiência renal crônica, a proporção de não aderência variou entre 10% a 65,7%<sup>19-22</sup>. A anuência ao programa terapêutico medicamentoso é imprescindível para uma intervenção clínica eficaz e a transgressão impede o alcance dos benefícios propostos e está associada à expansão do número de internações e de mortalidade<sup>23</sup>. Neste sentido, torna-se relevante o aprimoramento profissional em relação ao processo de orientação aos pacientes em diálise, adaptando a relação de cuidado paralelamente ao protagonismo dos sujeitos acometidos pela doença, com vistas a propiciar uma participação mais ativa destes em seu processo de tratamento e, conseqüentemente, uma maior adesão à terapêutica.

Os pacientes apresentaram uma importante tendência à resiliência, o que corrobora com outros estudos envolvendo pacientes com DRC<sup>9,24,25</sup>, sendo importante evidenciar que um destes utilizou também a escala de Wagnild e Young e obteve uma média de 131,38 pontos<sup>23</sup>. No entanto, em relação ao índice reduzido de pacientes com escores muito elevados nesse quesito, pode-se sugerir que tal fenômeno ocorre em função da forma como a enfermidade abala a vida destes, como já demonstrado por outro estudo<sup>26</sup>. São muitas as alterações na rotina após o início do tratamento, tais como os cuidados com a dieta, a moderação da ingestão de líquidos, a atenção criteriosa com a fístula arteriovenosa, bem como a necessidade de adequar-se rigidamente ao plano terapêutico definido por uma escala<sup>27</sup>. Neste contexto, os pacientes tendem a apresentar sintomas depressivos e ansiosos ao longo do tratamento, o que pode interferir em sua resiliência, na medida em que compromete sua capacidade de lidar com as adversidades e sua aptidão para criar estratégias positivas de enfrentamento da doença<sup>28</sup>.

Obteve-se um índice elevado de envolvimento religioso nas três dimensões mensuradas, reafirmando os resultados de outras amostragens similares<sup>11</sup>. Faz-se importante salientar, portanto, que altos níveis de religiosidade estão comumente associados à melhor qualidade de vida (psicológica, social e ambiental). Numerosos pacientes buscam na esfera da religiosidade uma maneira de atribuir sentido às suas experiências, obter esperança e manter-se em paz frente às situações que mobilizam grande dose de sofrimento<sup>29</sup>, como acontece diante da DRC. As crenças religiosas, por esta razão, necessitam ser respeitadas pelos profissionais atuantes no setor de nefrologia, uma vez que podem ser aliadas importantes dos pacientes no processo de enfrentamento das adversidades provocadas pela insuficiência renal.

Os pacientes do sexo masculino apresentaram maior tendência à resiliência e à resolução de problemas, o que já foi evidenciado em outros estudos com amostra semelhante<sup>26,30,31</sup>. Alguns autores justificam esta correlação, entre gênero masculino e resiliência, afirmando que os homens teriam maior inclinação racional no modo de lidar com um problema, com utilização mais

frequente do recurso da racionalização frente às situações geradoras de estresse<sup>32</sup>. Mas contrapondo tais achados, outra pesquisa envolvendo pacientes em hemodiálise demonstrou que mulheres tendem a apresentar maior capacidade de resiliência que os homens frente à situação de enfermidade<sup>9</sup>.

Pacientes que apresentaram uma percepção mais positiva do seu estado de saúde mostraram-se mais resilientes e capacitados quanto à resolução de problemas ao seu redor, de forma autoconfiante e adaptativa. A esse respeito, inúmeros trabalhos científicos apontam uma relação positiva entre a resiliência e autoestima, identificando esta última como um fator de proteção que auxilia no enfrentamento das dificuldades<sup>33</sup>. No presente estudo, as faltas nas sessões dialíticas estiveram associadas ao fator "Independência e determinação". Este dado sugere que uma percepção mais positiva de sua capacidade de confrontar dificuldades de modo resolutivo e autossuficiente pode estar relacionada a uma tendência maior do indivíduo a ausentar-se das sessões. No entanto, não foi possível encontrar na literatura a associação entre tais constructos.

A relação entre a religiosidade não organizacional e adesão terapêutica farmacológica vai ao encontro aos resultados obtidos em pesquisa correlata<sup>34</sup>. Tal estudo sugere que existe uma influência entre tais variáveis, indicando que práticas religiosas predispõem ao exercício de atividades associadas à saúde, tais como seguir a dieta, monitoramento do peso e utilização correta dos medicamentos. Entretanto, estes achados destoam dos resultados encontrados por outros pesquisadores que não identificaram tal correlação<sup>7,35</sup>. Sendo que em uma dessas investigações com abordagem similar, envolvendo pacientes com DRC, foi possível encontrar uma relação entre religiosidade e adesão à diálise<sup>7</sup>.

Os elementos religiosidade intrínseca e idade também foram associados no presente estudo. Tendo em vista que a primeira variável está relacionada à vivência religiosa plena, percebe-se que comumente os idosos tem utilizado a religiosidade como recurso de enfrentamento em situações estressantes, fazendo uso de tal ferramenta para ressignificação da vida, do sofrimento e da morte<sup>36</sup>. O avanço da idade pode acarretar em um natural aumento das morbidades incapacitantes e tal fato pode desencadear maior necessidade de conforto e compensação religiosa<sup>37</sup>, visto que os mesmos deparam-se também de forma mais explícita com a condição de finitude existencial. Há indícios de que níveis elevados de religiosidade levam os idosos a terem um melhor bem-estar físico e mental e, conseqüentemente, contribuem para reduções de agudizações de enfermidades<sup>38-40</sup>.

Quanto as variáveis preditivas dos fatores de resiliência na análise multivariada, além das variáveis que já haviam sido correlacionadas com tal instrumento na análise univariada, observou-se que a Religiosidade não

organizacional mostrou-se como preditora para a pontuação obtida no fator “Independência e Determinação”. Sendo assim, pode inferir que possivelmente os pacientes que realizavam atividades espirituais de maneira individualizada e assídua apresentaram-se mais perseverantes e mais aptos quanto à resolução individual de conflitos. Corroborando com tais achados, um estudo envolvendo fatores associados à resiliência em pacientes com Diabetes Mellitus, identificou que a frequência do hábito de rezar influencia no processo de resiliência<sup>41</sup>. A prática religiosa está associada também à introspecção e à promoção da saúde, como mostrou uma pesquisa envolvendo 58 pacientes em hemodiálise na Paraíba, que demonstrou o quanto as atitudes religiosas auxiliam os pacientes no confronto de situações problemáticas, melhorando a qualidade de vida desta população<sup>42</sup>. A prática religiosa individual frequente pode ser, portanto, uma ferramenta de suporte importante no processo de superação das adversidades e ampliação da resiliência.

Este estudo apresenta limitações devido ao seu delineamento transversal e ao número reduzido de participantes, que ficou restrito a apenas um Centro de Hemodiálise. No entanto, os resultados obtidos permitiram a identificação de possíveis variáveis que exercem influência quanto ao desenvolvimento de recursos para

uma adaptação mais positiva à doença e ao tratamento hemodialítico, possibilitando que os profissionais da saúde ampliem suas possibilidades de atuação de forma holística. Ademais, elucida a necessidade de futuros estudos com uma amostra mais ampliada para produção de novas evidências científicas para implementação na prática clínica, com o intuito de identificar outros fatores de proteção que podem auxiliar no fortalecimento de habilidades cognitivas e emocionais em pacientes com insuficiência renal crônica.

## CONCLUSÃO

Constatou-se que houve associação entre resiliência e a variável sexo, status de saúde autorreferido e aderência às sessões hemodialíticas. Já a religiosidade não organizacional esteve relacionada à adesão farmacológica e a intrínseca ao fator idade. Também encontrou-se indícios de que a religiosidade não-organizacional pode estar associada à resiliência, quanto à independência e determinação. Tais dados sugerem que abordar adequadamente esses aspectos no cuidado com o paciente pode auxiliar a melhorar o padrão de adesão ao tratamento da insuficiência renal crônica.

**Participação dos autores:** *Gabriela Vilas Bôas*: Concepção e desenho do estudo; Análise e interpretação dos dados; Coleta de dados; Redação do manuscrito; Análise estatística e Responsabilidade geral pelo estudo. *Maria Vilela Pinto Nakasu*: Concepção e desenho do estudo; Revisão crítica do texto; Aprovação final do manuscrito e Responsabilidade geral pelo estudo.

O manuscrito não apresenta Conflito de Interesse.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO Global Report, 2005.
- Sesso RC, Lopes AA, Thomé FA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica. *J Bras Nefrol.* 2017;38:54-61. doi: 10.1590/2175-8239-jbn-2018-0178.
- 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. 2014 [citado 08 out. 2019]. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl-nica-drc-versao-final.pdf>.
- Andreoli MCC, Nadaletto MA. Serviço de diálise peritoneal do hospital do rim e hipertensão e fundação Oswaldo Ramos - UNIFESP/EPM. São Paulo; 2011 [citado 26 out. 2019]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Publico/dia-lise.html>.
- Campos CGP, Mantovani MF, Nascimento MEB, Cassi CC. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(2):106-12. doi: 10.1590/1983-1447.2015.02.48183.
- Marinho CLA, Oliveira JF, Borges JES, Silva RS, Fernandes FECV. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Rene.* 2017; 18(3):396-403. doi: 10.21675/2357-707X.2018.v9.n2.1078.
- Medeiros CMMF, Arantes EP, Tajra RD, Santiago HR, Carvalho AF, Liborio AB. Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. *Psychol Health Med.* 2017;22:570-7. doi: 10.1080/13548506.2016.1191658.
- González-Flores CJ, Ureña-Rodríguez MG, Meda-Lara R. Resiliencia y enfermedad renal crónica: una revisión sistemática. *Rev Ibero Psic.* 2018;11(2):79-86. doi: 10.1007/s00125-015-3846-7.
- Ferreira C, Guanilo MEE, Silva DMGV, Gonçalves N, Boell JEW, Maye BLD. Avaliação de esperança e resiliência em pessoas em tratamento hemodialítico. *Rev Enferm UFSM.* 2018;8(4). doi 10.5902/2179769230592.
- Musa AS, Pevalin DJ, Murad AA, Khalailah MAAK. Spiritual well-being, depression, and stress among hemodialysis patients in Jordan. *J Hol Nurs.* 2017. doi: 10.1177 / 0898010117736686.
- Siqueira J, Fernandes NM, Moreira-Almeida A. Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *J Bras*

- Nefrol. 2018;41(1):22-8. doi: 10.1590/2175-8239-jbn-2018-0096.
12. Chequini MCM. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psicol Rev.* 2014;16(2):93-117. doi: 10.22409/1984-0292/v31i2/5690.
  13. Teixeira FIR, Lopes MLH, Silva GAS, Santos RF. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. *J Bras Nefrol.* 2015;37(1): 64-71. doi: 10.5935/0101-2800.20150010.
  14. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(2):436-48. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200010.
  15. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo NF, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(1):31-2. doi: 10.1590/S0101-60832008000100006.
  16. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra DP J. Relação entre a Escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(1):649-58. doi: 10.1590/S0066-782X2012005000053.
  17. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde incentiva homens a cuidar da saúde. Brasília; 2016 [citado 18 out. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/26209-ministerio-da-saude-incentiva-homens-a-cuidar-da-saude>.
  18. Oliveira CG, Pinheiro LO, Pereira SGS, Costa FM, Lima CA, Carneiro JA. Avaliação do impacto da insuficiência renal crônica na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *J Health Sci Inst.* 2015;33(2):151-5. doi: 10.1590/S0103-21002008000500012.
  19. Sgnaolin V, Prado AE, Figueiredo L. Adherence to pharmacological treatment in adult patients undergoing hemodialysis. *J Bras Nefrol.* 2012;34(2):109-16. doi: 10.1590/S0101-28002012000200002.
  20. Martins MT, Silva LF, Kraychete A, Reis D, Dias L, Schnitman G, et al. Potentially modifiable factors associated with nonadherence to phosphate binder use in patients on hemodialysis. *BMC Nephrol.* 2013. doi: 10.1186/1471-2369-14-208.
  21. Raymundo AN, Pierin AMG. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: a longitudinal, retrospective study. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):811-9. doi: 10.1590/S0080-623420140000500006.
  22. Bampi SC, Leal LF, Falavigna M, Araujo LPR, Eick R, Kuhmmer R, et al. Avaliação da adesão medicamentosa em pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Farm Hosp.* 2015;6(4):12-17. doi: 10.1590/S0103-21002010000400016.
  23. Nagasawa H, Tachi T, Sugita I, Esaki H, Yoshida A, Kanematsu Y, et al. The Effect of Quality of Life on Medication Compliance Among Dialysis Patients. *Front Pharmacol.* 2018;9. doi: 10.3389/fphar.2018.00488.
  24. Böell J, Silva D, Hegadoren K. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Rev Latinoam Enferm.* 2016;24:2786. doi: 10.1590/1518-8345.1205.2786.
  25. Gomes ICC, Lanzotti BR, Orlandi SF. Resilience in patients with chronic kidney disease in hemodialysis. *Int J Res Med Sci.* 2017;11(5). doi: 10.1155/2013/124973.
  26. Ma LC, Chang HJ, Liu YM, Hsieh HL, Lo L, Lin MY, et al. The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. *Sci World J.* 2013. doi:10.1155/2013/124973.
  27. Souza FSL, Souza JF, Dionizio RA. Atenção da enfermagem ao paciente portador de doença renal crônica em uso de método dialítico por fistula arteriovenosa. *Rev Educ Meio Amb Saúde.* 2018;8(2):59-83.
  28. Griffiths FE, Boardman FK, Chondros P, Dowrick CF, Densley K, Hegart K L, et al. The effect of strategies of personal resilience on depression recovery in an Australian cohort: A mixed methods study. *Health.* 2015;19(1):86-106. doi: 10.1177/1363459314539774.
  29. Brasileiro TOZ, Prado AAO, Assis BB, Nogueira DA, Lima RS, Chaves ECL. Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03236. doi: 10.5752/P.2175-5841.2012v10n28p1280.
  30. Santos R.I., Costa O. R. S. Avaliação da Resiliência em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica Submetidos à Hemodiálise. *Rev Ciênc Saúde.* 2016;6(1):5-13. doi: 10.21876/rcsfmit.v6i1.461.
  31. Andrade S, Sesso R, Diniz D. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J Bras Nefrol.* 2015;37(1):55-63. doi: 10.5935 / 0101-2800.20150009.
  32. Bazrafshan MR, Jahangir F, Mansouri A, Kashfi SH. Coping strategies in people attempting suicide. *Int J High Risk Behav Addict.* 2014;9;3(1):e16265. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070193/pdf/ijhrba-03-01-16265.pdf>. doi: 10.5812/ijhrba.16265.
  33. Fontes AP, Neri AL. Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Cien Saude Coletiva.* 2015;20(5):1475-95. doi: 10.1590/1413-81232015205.00502014.
  34. Black G, Davis BA, Heathcotte K, Mitchell N, Sanderson C. The relationship between spirituality and compliance in patients with heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2006;21(3):128-33. doi: 10.1111/j.0889-7204.2006.04804.x.
  35. Kretchy I, Owusu-Daaku F, Danquah S. Spiritual and religious beliefs: Do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? *Bio Psycho Social Med.* 2013;7. doi: 10.1186/1751-0759-7-15.
  36. Vieira DCR, Aquino TAA. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. *Temas Psicol.* 2016;24(2):483-94. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000200005&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200005&lng=pt). doi: 9788/TP2016.2-05Pt.
  37. Sowa A, Golinowska S, Deeg D, Principi A, Casanova G, Schulmann K, et al. Predictors of religious participation

- 
- of older Europeans in good and poor health. *Eur J Ageing*. 2016;13(2):145-7. doi: 10.1007 / s10433-016-0367-2.
38. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality?: a systematic literature review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(15):1320-8. doi: 10.1016/j.pec.2015.04.017.
39. Roberts KC, Rao DP, Bennett TL, Loukine L, Jayaraman, GC. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2015;35(6):87-94. doi: 10.24095/hpcdp.35.6.01.
40. Chaves CLC, Paulino CF, Souza VHS, Mesquita AC, Carvalho FS, Nogueira DA. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. *Texto Contexto Enferm* (Florianópolis). 2014;23(3):648-55. doi: 10.1590/0104-07072014001000013.
41. Boell, JEW. Fatores associados à resiliência de pessoas com diabetes mellitus. Florianópolis [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2017.
42. Almeida KC, Sousa MN, Oliveira T, Bezerra AL, Nunes RM, Medeiro RC. Atitude religiosa de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Enf UFPI*. 2016;5(2):4-10. doi: 10.26694/reufpi.v5i2.5042.
- Recebido: 21.02.2020  
Aceito: 12.04.2021